

Bitte per Post oder Mail an:

Landesverband Aphasie RLP e. V.

Buchenstraße 5

56588 Waldbreitbach

info@landesverband-aphasie.de

Auftrag

zur Veröffentlichung und Darstellung meiner Praxis in der Therapeutensuche der Aphasie-App (Listeneintrag und Kartenansicht)

Als Inhaber*in u. s. Praxis wünsche ich einen Eintrag in der „Aphasie-App“.

Folgende Informationen und Daten der Praxis sollen in der Therapeutensuche der App dargestellt werden: *:Pflichtfeld

Praxisbezeichnung*: _____

Inhaber/in der Praxis: _____

Adresse*: _____

Besonderheiten zur Adresse (spezielle Infos zum Eingang, Barrierefreiheit, Klingel...):

Telefonnummern*: _____

Mailadresse*: _____

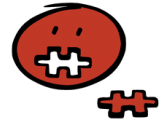
Homepage: _____

Therapieschwerpunkte: _____

Sonstiges: _____

Der jährliche Beitrag von 50,- €

- wird auf das u. a. Konto des Landesverbandes Aphasie Rheinland-Pfalz e. V. überwiesen.
- soll per Lastschriftauftrag jeweils zur Fälligkeit 1x jährlich eingezogen werden (bitte SEPA-Lastschriftauftrag ausfüllen). Spätestens 14 Tage vor dem ersten Einzug werde ich über den Tag der Abbuchung und den Betrag unter Angabe der Mandatsreferenznummer per Mail informiert.
- entfällt für mich. Ich bin Mitglied im Bundesverband Aphasie e. V.



Landesverband Aphasia Rheinland-Pfalz e. V., Buchenstraße 5, 56588 Waldbreitbach

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52APP00002825128

Mandatsreferenz:

(bitte freilassen; wird vom LV Aphasia RLP e. V. generiert)

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren
(wiederkehrende Zahlungen)

Ich ermächtige den Landesverband Aphasia Rheinland-Pfalz e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband Aphasia RLP e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

_____, _____
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift