



BEITRITTSERKLÄRUNG



Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.
– Bundesverband Aphasie e.V. –

Bundesgeschäftsstelle:

Klosterstraße 14
97084 Würzburg
Tel.: 09 31 / 25 01 30-0
Fax: 09 31 / 25 01 30-39
E-Mail: info@aphasiker.de
Internet: www.aphasiker.de

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ordentliches Mitglied**
- Fördermitglied**

Ich werde betreut vom Aphasie-Zentrum in:
(Stempel erforderlich)

Ich besuche die Regionalgruppe in:

Ich habe noch keine Ansprechpartner.
Bitte nennen Sie mir eine Kontaktperson in meiner Nähe.

Ich wurde auf den BRA aufmerksam durch:

Ich bin **Betroffene(r)** und erkläre hiermit meinen Beitritt zum Bundesverband Aphasie, sowie zum jeweiligen Landesverband.

Ich bin **Angehörige(r)** des vorgenannten Mitgliedes.
 Ich bin **Therapeut(in)**.

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße:	Straße:
PLZ/Wohnort:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
E-Mail:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Bundesland:	Bundesland:
Mit meinem Beitritt zum Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (BRA) – Bundesverband Aphasie e.V., sowie zum jeweiligen Landesverband, erkläre(n) ich mich/ wir uns einverstanden, dass meine/ unsere personenbezogenen Daten auf elektronische Datenträger gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes. Bei einer Familienmitgliedschaft sind beide Unterschriften erforderlich!	
Ort/Datum	Unterschrift(en)

Beitragshöhe (bitte ankreuzen)

- Ich zahle den jährlichen Regelbeitrag für eine Einzelmitgliedschaft in Höhe von 46,- Euro (inkl. Abonnement der Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“).
- Wir zahlen den jährlichen Regelbeitrag für eine Familienmitgliedschaft in Höhe von 60,- Euro (inkl. Abonnement der Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“)
- Ich will den BRA als Fördermitglied nach Kräften unterstützen und zahle deshalb bis auf schriftlichen Widerruf einen erhöhten Mitgliedsbeitrag von _____ Euro (Regelsatz 77,- Euro). Neben natürlichen Personen können juristische Personen, z. B. Gesellschaften und Körperschaften Fördermitglied werden.
- Ich möchte die Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“ zum Preis von jährlich 20,- Euro abonnieren.

Ich zahle meine Beiträge jährlich im voraus per Überweisung Einzugsermächtigung

Einzugsermächtigung

Den Mitgliedsbeitrag oder den Abonnementpreis für die Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“ bitte ich/bitten wir von folgendem Bankkonto durch Lastschrift einzuziehen.

Bankleitzahl	Kontonummer
bei (genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes/der Postbank)	Name des Kontoinhabers

Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Evtl. anfallende Rücklastschriftgebühren gehen zu meinen/unseren Lasten.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

