



BEITRITTSERKLÄRUNG

Bundes- und Landesverband Hessen

Aphasie Landesverband Hessen
Hebelstraße 11 • 60318 Frankfurt
Telefon: 069 5979 3711
E-Mail: verband@hessenaphasie.de

**Bundesverband für die
Rehabilitation der Aphasiker e. V.
- Bundesverband Aphasie e. V. -**

Bundesgeschäftsstelle:

Klosterstraße 14
97084 Würzburg
Telefon: 0931 25 01 30-0
Fax: 0931 25 01 30-39
E-Mail: info@aphasiker.de
Internet: www.aphasiker.de

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ordentliches Mitglied

Förderer

Ich werde betreut vom Aphasie-
Zentrum in:

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 zu meinem zuständigen Landesverband.	Ich bin Angehörige/r Ich bin Therapeut/in
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße:	Straße:
PLZ/Wohnort:	PLZ/Wohnort:
Bundesland:	Bundesland:
Telefon Festnetz:	Telefon Festnetz:
Telefon mobil:	Telefon mobil:
E-Mail:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
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 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 zahle freiwillig einen höheren Beitrag. Ich zahle bis auf Weiteres den Betrag von _____ Euro.

Ich möchte nur die Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“ zum Preis von jährlich 20,- Euro abonnieren.

Ich zahle jährlich im Voraus per Überweisung Einzugsermächtigung.

Sepa-Lastschriftmandat

BV Aphasie, Klosterstr. 14, 97084 Würzburg, Gläubiger Identifikationsnummer: DE10ZZZ00000590325, Mandatsreferenz: **Wird separat mitgeteilt.**

Ich ermächtige des Bundesverband Aphasie Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Aphasie auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name und Vorname Kontoinhaber/in:	Straße, PLZ und Ort:
-----------------------------------	----------------------

Kreditinstitut (Name):	
BIC:	IBAN: DE

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.

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