



BEITRITTSERKLÄRUNG

in den Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. (BVL)
sowie in den Landesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. (LVL)

Telefon 0228-37 64 04, Telefax 0228-37 38 49, E-Mail: verwaltung@bvl-legasthenie.de, www.bvl-legasthenie.de

Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V.
c/o EZB Bonn
Postfach 20 13 38
53143 Bonn

Ich beantrage meine Mitgliedschaft im BVL/LVL zum _____ (Monat) _____ (Jahr)

(Die Mitgliedschaft ist zum 30.09. des Jahres zum Jahreswechsel schriftlich kündbar.)

- Ich möchte Mitglied werden jährl. Mindestbeitrag € 70,00
- Ich möchte Familienmitglied werden¹⁾ jährl. Mindestbeitrag € 45,00

Name des Erstmitglieds _____

¹⁾ Nur in Verbindung mit einer Erstmitgliedschaft eines Familienmitglieds möglich.

- Therapeuten/Schulen/Institutionen jährl. Mindestbeitrag € 140,00
- Azubi/Studenten²⁾ jährl. Mindestbeitrag € 25,00

²⁾ die zum Stichtag 01.01. das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder noch in Ausbildung sind.

Ich/wir unterstützen den BVL gerne mit einem Beitrag in Höhe von € _____

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten im Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Alle mit (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Alle anderen Angaben sind freiwillig und helfen uns, unsere Mitglieder besser zu unterstützen. Nach Prüfung Ihres Antrags erhalten Sie per Post die Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft sowie Ihren Mitgliedsausweis mit Ihrer Mitgliedsnummer.

Name der Institution/Schule* _____

Name, Vorname* _____

Straße* _____

PLZ, Ort* _____

Bundesland* _____ Geburtsdatum* _____ Beruf _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ich/wir möchte(n) dem Kreis-/Ortsverband (sofern vorhanden) _____

zugeordnet werden.

Ort, Datum* _____ Unterschrift* (Bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten.) _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 50 BVL 0000 0032 825

Mandatsreferenz (ist Ihre Mitgliedsnummer).

Ich ermächtige die EZB-Einzugszentrale Bonn widerruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag zu Beginn eines jeden Kalenderjahres von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Beitrag für das laufende Jahr wird innerhalb eines Monats nach Eingang der Beitrittserklärung abgebucht. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der EZB-Bonn 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.

Name des Kreditinstituts* _____

BIC* _____ IBAN* _____

Kontoinhaber* _____

Ort, Datum* _____ Unterschrift* _____