

Änderungsanzeige



**Landesverband für die Rehabilitation
der Aphasiker in Sachsen-Anhalt e.V.**
Postfach 320136 · 39040 Magdeburg

Telefon: 0391 / 72 73 845
Funk: 0176 / 537 920 89
eMail: selbsthilfe@aphasiker-LSA.de
Internet: www.aphasiker-LSA.de

Hiermit gebe ich dem Landesverband für die Rehabilitation der Aphasiker in Sachsen-Anhalt e.V. Änderungen in meinen Adress- oder Kontodaten bekannt.

Bitte Änderungen eintragen.

Mitgliedsnummer:

Name, Vorname

Name, Vorname

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon

Telefon

eMail

eMail

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Mit meiner Mitgliedschaft im Landesverband für die Rehabilitation der Aphasiker in Sachsen-Anhalt e.V. erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von acht Wochen möglich. Sie erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber einem Mitglied des Vorstands.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Den Mitgliedsbeitrag im Landesverband für die Rehabilitation der Aphasiker in Sachsen-Anhalt e.V. bitte ich jährlich im Voraus von meinem unten angegebenen Bankkonto durch Lastschrift einzuziehen.

Bitte Änderungen eintragen.

IBAN

IBAN

BIC

BIC

Kreditinstitut

Kreditinstitut

Name des Kontoinhabers

Name des Kontoinhabers

Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift