

# Beitrittserklärung



**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](mailto:selbsthilfe@aphasiker-LSA.de)  
Internet: [www.aphasiker-LSA.de](http://www.aphasiker-LSA.de)



Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Landesverband für die Rehabilitation der Aphasiker in Sachsen-Anhalt e.V. (LRA/LSA). Mit meinem Beitritt zum LRA/LSA werde ich automatisch und ohne weitere Verpflichtungen Mitglied im Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (Klosterstraße 14, 97084 Würzburg, Tel.: 0931 / 25 01 30-0, eMail: [info@aphasiker.de](mailto:info@aphasiker.de)).

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
eMail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich bin  Aphasiker/-in  
 Angehörige/-r  
 Therapeut/-in  
 Anderes, nämlich \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
eMail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich bin  Aphasiker/-in  
 Angehörige/-r  
 Therapeut/-in  
 Anderes, nämlich \_\_\_\_\_

- Ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins werden und zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 46,00 € / \_\_\_\_\_ € (inkl. Abonnement der Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“).
- Wir möchten ordentliche Mitglieder des Vereins werden und zahlen den jährlichen Mitgliedsbeitrag für zwei Mitglieder in Ehe- oder Lebenspartnerschaft in Höhe von 60,00 € / \_\_\_\_\_ € (inkl. Abonnement der Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“).
- Ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins werden und zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag für Familienangehörige in Höhe von 14,00 € / \_\_\_\_\_ € (Bitte oben den Namen des bereits zahlenden Mitglieds angeben).
- Ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins werden, kann aber nur einen jährlichen Betrag von \_\_\_\_\_ € leisten. (Begründung erforderlich!)
- Ich übernehme für die oben genannte Person die Patenschaft und bezahle den Mitgliedsbeitrag von 46,00 € / \_\_\_\_\_ €.
- Ich will den LRA/LSA als Förderer nach Kräften unterstützen und zahle deshalb bis auf schriftlichen Widerruf einen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ € (mindestens 46,00 €).

Mit meinem Beitritt zum Landesverband für die Rehabilitation der Aphasiker in Sachsen-Anhalt e.V. erkläre ich mich / erklären wir uns einverstanden, dass meine / unsere 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 bitte ich jährlich im Voraus von meinem unten angegebenen Bankkonto durch Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift