

BEITRITTSERKLÄRUNG

Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. (BVL)
Landesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. (LVL) ¹
(auch online unter www.bvl-legasthenie.de)

Postanschrift: BVL c/o EZB Bonn · Postfach 201338 · 53143 Bonn
Telefon 0228-37 64 04 · Telefax 0228-37 38 49 · E-Mail: verwaltung@bvl-legasthenie.de

Ich beantrage hiermit meine Mitgliedschaft¹⁾ im BVL/LVL e. V. ab

1. _____ 20 _____
(Monat) (Jahr)

- Ich möchte Mitglied werden jährl. Mindestbeitrag²⁾ € 70,-³⁾
 Ich möchte Familienmitglied werden⁴⁾ jährl. Mindestbeitrag²⁾ € 45,-³⁾
⁴⁾ Name des Erstmitglieds _____
- Therapeuten/Schulen/Institutionen jährl. Mindestbeitrag²⁾ € 140,-³⁾
 Azubi/Studenten – Mitglieder, die zum Stichtag 01.01. das
25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder noch in Ausbildung sind jährl. Mindestbeitrag²⁾ € 25,-³⁾

Ich bin/Wir sind bereit, einen Beitrag¹⁾ in Höhe von € _____ zu zahlen.
(Wir danken für jeden höheren Beitrag, der uns hilft, noch mehr zu bewegen!)

Ich/wir interessiere(n) mich/uns für Legasthenie. Dyskalkulie. für beide Themen.

Frau Herr Institution/Schule

Name Institution/Schule _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Anschrift: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich/wir möchte(n) dem Kreis-/Ortsverband (xxxxxx) Hannover zugeordnet werden.

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten

- 1) Im Beitrag enthalten sind die gleichzeitige Mitgliedschaft im BVL und im jeweiligen Landesverband sowie der 1/4jährliche Bezug der Mitgliederzeitschrift LEDY.
2) Der BVL hat versucht, den Mindestbeitrag möglichst niedrig anzusetzen, um vielen Personen die Mitgliedschaft zu ermöglichen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie unsere Arbeit mit einem höheren Beitrag unterstützen.
3) Der Betrag ist steuerbegünstigt und wird nur zu satzungsgemäßen Zwecken verwendet. Das Finanzamt erkennt bei Spenden/Mitgliedsbeiträgen bis zu 200,- € den Abbuchungsbeleg bzw. den Überweisungsträger als Spendenbescheinigung (Zuwendungsnachweis) an.
4) Nur in Verbindung mit einer Erstmitgliedschaft eines Familienmitgliedes möglich.

Schicken Sie den Antrag per Fax: 0228-37 38 49 oder per Post an uns. Vielen Dank!

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: DE _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____