

BEITRITTSERKLÄRUNG

Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. (BVL)

(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⁾ € 60,-³⁾
 Ich möchte Familienmitglied werden⁴⁾ jährl. Mindestbeitrag²⁾ € 39,-³⁾
⁴⁾ Name des Erstmitglieds _____
- Therapeuten/Schulen/Institutionen jährl. Mindestbeitrag²⁾ € 120,-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 (sofern vorhanden) Göttingen-Northeim 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 1/4-jährliche 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.

Unsere Bitte an Sie: Nur vollständig ausgefüllte Mitgliedsanträge können zügig bearbeitet werden!

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-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 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 _____