

## 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](mailto:verwaltung@bvl-legasthenie.de), [www.bvl-legasthenie.de](http://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 und LVL** zum \_\_\_\_\_ (Monat) \_\_\_\_\_ (Jahr)  
(Die Mitgliedschaft ist zum 30.09. des Jahres zum Jahreswechsel schriftlich kündbar.)

- |                          |  |                       |         |
|--------------------------|--|-----------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Ich möchte Mitglied werden                       | jährl. Mindestbeitrag | € 70,00 |
| <input type="checkbox"/> | Ich möchte Familienmitglied werden <sup>1)</sup> | jährl. Mindestbeitrag | € 45,00 |

Name des Erstmitglieds \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Nur in Verbindung mit einer Erstmitgliedschaft eines Familienmitglieds möglich.

- |                          |   |                       |          |
|--------------------------|---|-----------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Institutionen (Schulen, Vereine, Verbände, Firmen, Therapieeinrichtungen) | jährl. Mindestbeitrag | € 140,00 |
| <input type="checkbox"/> | Azubi/Studenten <sup>2)</sup>   | jährl. Mindestbeitrag | € 25,00  |

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

Ich unterstütze 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, Vorname\* \_\_\_\_\_  
Institution \_\_\_\_\_  
Straße\* \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_  
Bundesland\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ich möchte dem Kreis-/Ortsverband (sofern vorhanden) \_\_\_\_\_  
zugeordnet werden.

Ort, Datum\* \_\_\_\_\_ Unterschrift\* (bei Minderjährigen Unterschrift 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\* \_\_\_\_\_