



# BEITRITTSERKLÄRUNG



Ihr zuständiger Landesverband  
und der  
**Bundesverband für die  
Rehabilitation der Aphasiker e.V. (BRA)**  
Wenzelstraße 19, 97084 Würzburg

Tel.: 0931 / 250130-0  
Fax: 0931 / 250130-39  
E-Mail: info@aphasiker.de  
Internet: www.aphasiker.de  
www.aphasiker-kinder.de

- Ich werde betreut vom Aphasiker-Zentrum  
in **(Stempel erforderlich!)**: \_\_\_\_\_
- Ich besuche die Aphasiker-Regionalgruppe  
in: \_\_\_\_\_

Ich werde Mitglied:

Bitte ankreuzen:

- Einzelmitgliedschaft**
- Doppelmitgliedschaft**  
(Bei Doppelmitgliedschaften ist das  
2. Mitglied **beitragsfrei**)
- Familienmitgliedschaft**  
(Betroffene Kinder und Jugendliche bis  
zum 18. Lebensjahr und deren Eltern  
sind **beitragsfrei**)
- Förderer**
- Patenschaft**

Ich bin:

- Aphasiker/in**
- Therapeut/in**
- Sonstige(r)**

Name	_____	Name	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Straße	_____	Straße	_____
PLZ, Ort	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
Fax	_____	Fax	_____
Email-Adresse	_____	Email-Adresse	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsdatum	_____
(Familienverhältnis)	_____	(Familienverhältnis)	_____
Bundesland	_____	Bundesland	_____

- Ich habe noch keinen Ansprechpartner.  
Bitte nennen Sie mir eine Kontaktadresse  
in meiner Nähe.

- Ich wurde auf den BRA aufmerksam durch:

Mit meinem Beitritt zum zuständigen Landesverband und zum Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (BRA) erkläre(n) ich mich/wir uns einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzgesetzes. Kündigung ist schriftlich bis sechs Wochen vor Ende eines Kalenderjahres möglich.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

## BEITRAGSHÖHE

- Ich zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 46,00 Euro (inkl. Abonnement der Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“).
- Ich will die Aphasie-Selbsthilfe in Deutschland als Förderer unterstützen und zahle gerne einen höheren Beitrag: \_\_\_\_\_ Euro. Förderer kann jede natürliche und juristische Person, Gesellschaft oder Körperschaft werden, die den Zweck des Verbandes im Sinne des § 2 ideell und materiell fördert (ohne Stimmrecht).
- Ich übernehme für oben genannte Person(en) die Patenschaft und bezahle  
 den Mitgliedsbeitrag von 46,00 Euro  \_\_\_\_\_ Euro.

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Den Mitgliedsbeitrag bitte ich  jährlich  halbjährlich im Voraus von meinem/ unserem Girokonto/Postbankkonto durch Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_

bei (genaue Bezeichnung des Kreditinstituts/ der Postbank)

\_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers

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

Ort, Datum

Unterschrift