

## Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit meine Mitgliedschaft im Landesverband Legasthenie und Dyskalkulie Hessen e.V. (LVL-Hessen) und im Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V. (BVL)

1. \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
(Monat) (Jahr)

- Ich möchte Mitglied werden jährl. Mindestbeitrag<sup>2)</sup> € 70,-<sup>3)</sup>  
 Ich möchte Familienmitglied werden<sup>4)</sup> jährl. Mindestbeitrag<sup>2)</sup> € 45,-<sup>3)</sup>  
    <sup>4)</sup> Name des Erstmitglieds \_\_\_\_\_
- Therapeuten/Schulen/Institutionen jährl. Mindestbeitrag<sup>2)</sup> € 140,-<sup>3)</sup>  
 Azubi/Studenten – Mitglieder, die zum Stichtag 01.01. das  
    25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder noch in Ausbildung sind jährl. Mindestbeitrag<sup>2)</sup> € 25,-<sup>3)</sup>

Ich bin/Wir sind bereit, einen Beitrag<sup>1)</sup> 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) \_\_\_\_\_ 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.

**Bitte senden Sie den Antrag an: LVL-Hessen, c/o EZB-Bonn, Postfach 201338, 53143 Bonn**

### 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 \_\_\_\_\_