

## Beitrittserklärung

Schlaganfall Landesverband  
Sachsen-Anhalt e.V.

Merseburger Str. 165  
06112 Halle/Saale

Geschäftsstelle: BG Bergmannstrost  
Telefon: 0345 132 7036  
Fax: 0345 132 7040  
email: [info@slvsa.de](mailto:info@slvsa.de)  
Internet: [www.slvsa.de](http://www.slvsa.de)

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Schlaganfall Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Mit meinem Beitritt zum SLVS-A e.V. erkenne ich die Grundsätze und Ziele des Verbandes an und setze meine ganze Kraft für die Verwirklichung dieser Ziele ein. Ich trage mit meinem Wirken dazu bei, dass im Land die Hilfe zur Selbsthilfe spürbar verbessert wird.

\_\_\_\_\_  
*(Titel), Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*(Titel), Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Straße*

\_\_\_\_\_  
*Straße*

\_\_\_\_\_  
*PLZ; Ort*

\_\_\_\_\_  
*PLZ; Ort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon*

\_\_\_\_\_  
*Telefon*

\_\_\_\_\_  
*email*

\_\_\_\_\_  
*email*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum, Geburtsort*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum, Geburtsort*

Ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins werden und zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 46,00 Euro.

Ich möchte die Zeitschrift "Thala"(erscheint viermal jährlich) der Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe regelmäßig zum Bezugspreis von 12,00 Euro beziehen.

Wir möchten ordentliche Mitglieder des Vereins ~~Text~~ werden und zahlen den jährlichen Mitgliedsbeitrag für Familienangehörige in Höhe von 14,00 Euro.

Ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins werden, kann aber nur einen jährlichen Beitrag von ..... Euro leisten.

Ich will den SLVS-A e. V. als Fördermitglied unterstützen und zahle bis auf schriftlichen Widerruf eine Mitgliedsspende von ..... Euro jährlich.

Wir möchten als Selbsthilfegruppe ordentliche Mitglieder des Vereins werden und zahlen den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 25,00 Euro.

Mit meinem Beitritt zum Schlaganfall Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes und dürfen nicht weitergegeben bzw. veröffentlicht werden.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von acht Wochen möglich. Sie erfolgt durch schriftliche Erklärung an die o.g. Adresse der Geschäftsstelle.

### **Erklärung zur Beitragszahlung**

Den Mitgliedsbeitrag überweise ich jährlich bis zum 31.01. mit dem Vermerk „Jahresbeitrag 20....“ Auf das Konto des SLVS-A e.V. Die Kontodaten habe ich mit der Seite 2 der “Beitrittserklärung – Für Ihre Unterlagen“ erhalten.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Mitglied*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Familienangehörige*

## Beitrittserklärung

Schlaganfall Landesverband  
Sachsen-Anhalt e.V.

Merseburger Str. 165  
06112 Halle/Saale

Geschäftsstelle: BG Bergmannstrost  
Telefon: 0345 132 7036  
Fax: 0345 132 7040  
email: [info@slvsa.de](mailto:info@slvsa.de)  
Internet: [www.slvsa.de](http://www.slvsa.de)

### Für Ihre Unterlagen (Seite 1 verbleibt in der Geschäftsstelle)

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Schlaganfall Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Mit meinem Beitritt zum SLVS-A e.V. erkenne ich die Grundsätze und Ziele des Verbandes an und setze meine ganze Kraft für die Verwirklichung dieser Ziele ein. Ich trage mit meinem Wirken dazu bei, dass im Land die Hilfe zur Selbsthilfe spürbar verbessert wird.

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

- Ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins werden und zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 46,00 Euro.
- Ich möchte die Zeitschrift "Thala"(erscheint viermal jährlich) der Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe regelmäßig zum Bezugspreis von 12,00 Euro beziehen.
- Wir möchten ordentliche Mitglieder des Vereins werden und zahlen den jährlichen Mitgliedsbeitrag für Familienangehörige in Höhe von 14,00 Euro.
- Ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins werden, kann aber nur einen jährlichen Beitrag von ..... Euro leisten.
- Ich will den SLVS-A e. V. als Fördermitglied unterstützen und zahle bis auf schriftlichen Widerruf eine Mitgliedsspende von ..... Euro jährlich.
- Wir möchten als Selbsthilfegruppe ordentliche Mitglieder des Vereins werden und zahlen den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 25,00 Euro.

Mit meinem Beitritt zum Schlaganfall Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes und dürfen nicht weitergegeben bzw. veröffentlicht werden.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von acht Wochen möglich. Sie erfolgt durch schriftliche Erklärung an die o.g. Adresse der Geschäftsstelle.

### Erklärung zur Beitragszahlung

Den Mitgliedsbeitrag überweise ich jährlich bis zum 31.01. mit dem Vermerk „Jahresbeitrag 20....“ Auf das Konto des SLVS-A e.V.

Empfänger	<b>SLVS-A e.V.</b>
IBAN	<b>DE67 8005 3762 1894 0295 65</b>
BIC	<b>NOLADE21HAL</b>
Bank	<b>Saalesparkasse Halle</b>
Verwendungszweck	<b>Jahresbeitrag 20..</b>

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*

**Der Schlaganfall Landesverband, Sachsen-Anhalt e.V. bedankt sich bei Ihnen für die aktive Unterstützung dieses Projektes.**

Der Schlaganfall Landesverband