

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
Internet: 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 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 **20,00** 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
Internet: 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 **20,00** 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	SLVS-A e.V.
IBAN	DE67 8005 3762 1894 0295 65
BIC	NOLADE21HAL
Bank	Saalesparkasse Halle
Verwendungszweck	Jahresbeitrag 20..

Ort, Datum

Unterschrift

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

Der Schlaganfall Landesverband