



BEITRITTSERKLÄRUNG

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANREDE	VORNAME	NAME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
STRASSE	ADRESSZUSATZ (PRAXIS O.Ä.)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ:	ORT:	GEBURTSDATUM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	GEBURTSDATUM DES KINDES/ANGEHÖRIGEN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	TELEFON	BERUF
ICH BIN: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BETROFFENE/R	MUTTER/VATER	THERAPEUT/IN
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	SONSTIGES	

<h3>VOLLMITGLIEDSCHAFT</h3> <p>Vollmitglied können Personen ab 16 Jahren werden. Als Vollmitglied sind Sie stimmberechtigtes Mitglied der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. und genießen eine Reihe von Vorteilen wie das Magazin „Der Kieselstein“ und Vergünstigungen auf unsere Seminare und Verlagsprodukte.</p> <p><input type="checkbox"/> 78 € / Kalenderjahr (Regelbeitrag)</p> <p><input type="checkbox"/> 54 € / Kalenderjahr (ermäßigter Beitrag für Studierende, Auszubildende und Empfänger/innen von Transferleistungen u.Ä.)</p> <p><input type="checkbox"/> 30 € / Kalenderjahr (Jugendbeitrag für 16- bis 21-Jährige)</p> <p><input type="checkbox"/> 115 € / Kalenderjahr („Familienbeitrag“, gemeinsamer Beitrag von zwei Vollmitgliedern im gleichen Haushalt, 1 Ex. der Kieselstein)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/> € / Kalenderjahr: Ihr Wunschbeitrag ab 78 €</p> <p>Bei Eintritt ab Juli ist die Reduzierung des ersten Jahresbeitrags um die Hälfte möglich. Bitte ankreuzen, wenn dies erwünscht ist: <input type="checkbox"/></p>	<h3>FÖRDERMITGLIEDSCHAFT</h3> <p>Fördermitglied können auch Institutionen werden. Als Fördermitglied tragen Sie mit regelmäßigen Jahresspenden zum Erhalt unserer Arbeit bei und unterstützen solidarisch unseren Einsatz für die Belange stotternder Menschen. Jährlich erhalten Sie die „Ein- und Ausblicke“ in unsere aktuelle Arbeit.</p> <p><input type="checkbox"/> 50 € / Kalenderjahr</p> <p><input type="checkbox"/> 75 € / Kalenderjahr</p> <p><input type="checkbox"/> 100 € / Kalenderjahr</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/> € / Kalenderjahr: Ihr Wunschbeitrag ab 25 €</p>
--	---

AKTION MITGLIEDER WERBEN MITGLIEDER: Ich wurde geworben von

Mit Ihrem Beitritt erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze von der BVSS zur Erfüllung der satzungsgemäßen Vereinszwecke in der Geschäftsstelle in Köln, sowie im für ihren Wohnort zuständigen Landesverband gespeichert und weiterverarbeitet werden. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über ihre gespeicherten personenbezogenen Daten sowie den Zweck der Speicherung. Sie haben darüber hinaus das Recht auf Berichtigung im Falle falscher Angaben, das Recht auf Löschung der Daten sowie das Recht auf Widerspruch und Widerruf.

ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT

ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Ich ermächtige die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von der BVSS auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer der BVSS lautet: DE85ZZ00000030255

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
KONTOINHABER/IN (VOR- UND NACHNAME)	KREDITINSTITUT
DE <input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC

ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT

Bitte senden an:

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V.
 Zülpicher Str. 58
 50674 Köln
 Oder per Telefax an: 0221 – 139 1370

