

# BEITRITTSERKLÄRUNG

## Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V. (BVL)

Geschäftsstelle: Postfach 1107 · 30011 Hannover · Telefon 0700 285 285 285  
Mitgliederverwaltung: Fax 0228 373849 · E-Mail: [verwaltung@bvl-legasthenie.de](mailto:verwaltung@bvl-legasthenie.de)

Ich beantrage hiermit meine Mitgliedschaft<sup>1)</sup> im BVL / LVL e.V. ab

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

Ich möchte **ordentliches**<sup>4)</sup> Mitglied werden

jährl. Mindestbeitrag<sup>2)</sup> € 60,00<sup>3)</sup>

Ich möchte **ordentliches** Mitglied als Familienmitglied werden

jährl. Mindestbeitrag<sup>2)</sup> € 39,00<sup>3)</sup>

(Jedes Familienmitglied muss einen eigenen Antrag ausfüllen.)

Folgende Person aus meiner Familie ist/wird 1. Mitglied \_\_\_\_\_

Ich möchte **kooperatives**<sup>5)</sup> Mitglied werden (keine kommerzielle Tätigkeit<sup>5)</sup>)

jährl. Mindestbeitrag<sup>2)</sup> € 60,00<sup>3)</sup>

Ich möchte **kooperatives**<sup>5)</sup> Mitglied werden (kommerzielle Tätigkeit<sup>5)</sup>)

jährl. Mindestbeitrag<sup>2)</sup> € 120,00<sup>3)</sup>

und bin bereit, einen Mitgliedsbeitrag<sup>1)</sup> von € \_\_\_\_\_ zu zahlen (Wir danken für jeden höheren Beitrag, der uns hilft, noch mehr zu bewegen!).

Ich interessiere mich für Legasthenie

Ich interessiere mich für Dyskalkulie

Ich interessiere mich für beide Themen

Frau  Herr

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bundesland \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich möchte 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 und der 1/4-jährliche Bezug der Verbandszeitschrift.

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 bis zu 100 € den Abbuchungsbeleg bzw. den Überweisungsträger als Spendenbescheinigung (Zuwendungsnachweis) an.

4) **Ordentliche Mitglieder** sind Betroffene (ab 16 Jahre) und deren Angehörige, die nicht kommerziell im Bereich Legasthenie und Dyskalkulie tätig sind (geringfügige Tätigkeiten bis 6000 € jährlich sind davon ausgenommen), siehe Satzung des BVL § 5 Abs. 2, Stand 11/2006.

5) **Kooperative Mitglieder** sind volljährige natürliche Personen und jede juristische Person, die bereit sind, die Ziele und Aufgaben des BVL zu unterstützen, siehe Satzung des BVL § 5 Abs. 3, Stand 11/2006. Nicht kommerziell tätige Personen wie z.B. Lehrer, Wissenschaftler und Interessierte zahlen einen reduzierten Beitragssatz von 60 €, kommerziell im Bereich Legasthenie und Dyskalkulie tätige Personen und Institutionen zahlen einen Beitrag von 120 €.

Unsere Bitte an Sie: Nur vollständig ausgefüllte Mitgliedsanträge können zügig bearbeitet werden!

Schicken Sie den Antrag per Fax: 0228 373849 oder per Post an uns. Vielen Dank!

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen des Mitgliedsbeitrages

### Einzugsermächtigung

in Höhe von \_\_\_\_\_ € jährlich bei Fälligkeit

von meinem Girokonto \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

BVL Mitgliederverwaltung

c/o EZB Bonn

Postfach 201338

53143 Bonn

\_\_\_\_\_  
Name und Ort des Bankinstitutes

mittels Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift