



**Beitrittserklärung für:**

- Einzel-Mitgliedschaft
- Familien-Mitgliedschaft
- Praxis-Mitgliedschaft
- Mitgliedschaft für Vereine

Dachverband Legasthenie Deutschland e.V.  
 German Dyslexia Association  
 Zwickauer Str. 226  
 08468 Reichenbach, Germany  
<http://www.legasthenieverband.org>

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Dachverband Legasthenie Deutschland e.V., kurz DVLVD.  
 Ich/Wir habe/n die Satzung des Verbandes gelesen und akzeptieren sie in allen Punkten.

Familienname:

Praxisname/Vereinsname:

Vorname: geboren am:

Art:

Vorname: geboren am:

Ansprechpartner:

Vorname: geboren am:

Anzahl der Mitglieder:

Namen und Adressen bitte  
gesondert mitteilen!

Bitte beide Seiten ausfüllen!

Straße:

PLZ:

Ort:

Bundesland:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Beruf:

Trainer seit:

Praxis/Verein seit:

Mutter/Vater eines legasthenen Kindes? ja/nein

Selbst betroffen? Ja/nein

Ich verpflichte mich, einen jährlichen Beitrag von mindestens € 30,- zu leisten und bitte um Übersendung einer Bestätigung zur Vorlage beim Finanzamt.

Wir verpflichten uns, einen jährlichen Beitrag von mindestens Familie € 50,- /Praxis € 20,- p.P. (mind. €100), zu leisten und bitten um Übersendung einer Bestätigung zur Vorlage beim Finanzamt. Vereine sind beitragsfrei!

**Einzugsermächtigung:**

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Dachverband Legasthenie Deutschland e.V. (DVLVD) die jährlichen Mitgliedsbeiträge in Höhe von

€ \_\_\_\_\_

bis auf meinen schriftlichen Widerruf jeweils bei Fälligkeit von meinem Konto abbucht. Die Abbuchung soll erfolgen von folgendem Konto:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Bankname:

Ort/Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in: