

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Kreisverband Legasthenie Lüneburger Heide e.V.

Ich zahle einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ EUR (Mindestbeitrag 40 EUR jährlich).

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-mail

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Mitglied des Vereins kann auf schriftlichen Antrag jede natürliche Person werden, die mindestens 18 Jahre alt ist, oder jede juristische Person, die den Zweck des Vereins zu fördern bereit ist und sich zur Zahlung des Mitgliederbeitrages schriftlich verpflichtet.

- Die Mitgliedschaft ist jederzeit zum Ende des Geschäftsjahres schriftlich kündbar. Sie erlischt bei natürlichen Personen automatisch, wenn vom Mitglied kein Kind mehr in der Einrichtung betreut wird, es sei denn, man bekundet den Fortbestand der Mitgliedschaft schriftlich beim Vorstand.

- Die Mitgliedschaft erlischt: (a) wenn kein Kind des Mitglieds mehr in der Einrichtung betreut wird, (b) durch Kündigung, (c) durch Ausschluss, (d) durch Tod.

- Ein Mitglied kann durch den Vorstand ausgeschlossen werden: (a) bei vereinsschädigendem Verhalten, (b) wenn es für zwei aufeinander folgende Jahre den Beitrag trotz zweimaliger Mahnung nicht gezahlt hat, (c) wenn sonst ein wichtiger Grund vorliegt.

## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Kreisverband Legasthenie Lüneburger Heide e. V., Alte Wiesenstr. 21, 29525 Uelzen

Gläubiger ID.: DE05ZZZ000002317009

Mandatsreferenz: identisch mit der Kunden-Nr.

Zahlungsart: Mitgliedsbeitrag: jährlich, SEPA-Einzug am 11. des Eintrittsmonats\*

\*Fällt dieser Termin nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

Ich/Wir ermächtige/n den Kreisverband Legasthenie Lüneburger Heide e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Kreisverband Legasthenie Lüneburger Heide e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name u. Anschrift Kontoinhaber/in

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: