



Beitrittserklärung

Landesverband Hessen der Stotterer Selbsthilfe e.V.

Name: Vorname:

Zusatz: (Praxis o.ä)

PLZ: Ort:

Telefon: Email:

Geburtsdatum: Ich bin: Betroffene/r Mutter/Vater Therapeut/in
(Tag) (Monat) (Jahr)

Ich wurde geworben von:



Regelbeitrag 30,- € pro Jahr

Die reguläre Mitgliedschaft im Landesverband Hessen der Stotterer Selbsthilfe e.V. beginnt jeweils zum Jahresbeginn (1.Januar). Treten Sie zu einem anderen Zeitpunkt dem Verein bei, sind anteilige Mitgliedsbeiträge möglich: z.B. 1.Mai (7/12 Beitrag ~ 17,50 €).

ggf. gewünschtes Beitrittsdatum: ■ ■

Unsere Bankverbindung lautet:

Kreditinstitut: *Frankfurter Volksbank*
Konto-Nummer: 6400 984 970
BLZ: 501 900 00
IBAN: DE30 5019 0000 6400 9849 70
BIC: FFVBDEFF

Ort: Datum: Unterschrift:

Sicherheit: Die Beitrittserklärung gilt solange als schwebend bis der erste Mitgliedsbeitrag in voller Höhe dem Verein gutgeschrieben wurde !

Bitte senden an: Landesverband Hessen der Stotterer Selbsthilfe e.V.

Joachim Haas ■ Stichwort: Mitgliederverwaltung ■ Am Eisenberg 11a ■ 35325 Mücke

Bankverbindung:

Frankfurter Volksbank
IBAN: DE30 5019 0000 6400 9849 70
SWIF-BIC: FFVBDEFF

Gemeinnützig nach
Abgabenverordnung § 51

WIR DANKEN FÜR IHRE SPENDE !

Registergericht:

Amtsgericht Bad Homburg v.d.H
Auf der Steinkaut 10-12
61352 Bad Homburg v.d.H
Registernummer: VR 2033
Rechtsform: eingetragener Verein

Partner-Organisationen:

Paritätischer Wohlfahrtsverband Hessen
www.paritaet-hessen.org
Landesarbeitsgemeinschaft Hessen Selbsthilfe
behinderter u. chronischer kranker Menschen e.V.
www.lagh-selbsthilfe.de
Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V.
www.bvss.de