

## Aufnahmeantrag

zum \_\_\_\_\_  
Bitte Datum eintragen

Mitgliedsnummer: \* \_\_\_\_\_  
\*vom Verband einzutragen

### Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefonische Erreichbarkeit	Erreichbarkeit privat	E-Mail

### Praxisadresse:

Name der Praxis	Bundesland	
Ansprechpartner*in		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Ich bin:

<input type="checkbox"/> Praxisinhaber*in	<input type="checkbox"/> Freie*r Mitarbeiter*in	<input type="checkbox"/> Gesellschafter*in
<input type="checkbox"/> Angestellte*r	<input type="checkbox"/> Geschäftsführer*in	Art der Gesellschaft _____

Praxisstandort / IK-Nummer:

Ort _____	IK _____
Ort _____	IK _____
Ort _____	IK _____
Ort _____	IK _____

Praxisinhaber\*innen die nicht der Berufsgruppe Logopäde\*in (oder vergleichbar) angehören können nur die Fördermitgliedschaft juristische Person eingehen. Dies ist der Mitgliedschaft Gesellschafter\*in/Geschäftsführer\*in gleichgestellt.

Mitglieder sind verpflichtet umgehend eine Änderung des Status dem Verband zu melden. Bei fehlerhaften oder falschen Angaben werden die Beiträge rückwirkend angepasst.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich Satzung, Beitragsordnung und Datenschutzvereinbarung des Vereins LOGO Deutschland e.V. in der jeweils gültigen Version ([www.logo-deutschland.de](http://www.logo-deutschland.de)) an. Zusätzlich bin ich einverstanden, dass LOGO Deutschland mir Informationen per Mail und ggf. auch per Briefpost zukommen lässt. Diese Erklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige LOGO Deutschland e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00001529422), fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von LOGO Deutschland e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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.

Aktuelle Beiträge:

Art	Jährliche Zahlung	Halbjährliche Zahlung	Vierteljährliche Zahlung
Praxisinhaber*in	288,00 €	148,32 € pro Halbjahr	75,60 € pro Quartal
Freie*r Mitarbeiter*in	288,00 €	148,32 € pro Halbjahr	75,60 € pro Quartal
Gesellschafter*in	350,00 €	180,25 € pro Halbjahr	/
Geschäftsführer*in	350,00 €	180,25 € pro Halbjahr	/
Angestellte*r	60,00 €	30,90 € pro Halbjahr	/

Bei Eintritt im laufenden Kalenderjahr wird der Beitrag auf die Monate der Mitgliedschaft reduziert.

_____ Name Kontoinhaber*in	_____ Bank
DE _____ IBAN	_____ BIC
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift

Gewünschte Zahlweise:

jährlich

halbjährlich

vierteljährlich