

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bund der Schwerhörigen e.V. Hamburg.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil-Telefon: _____

Schüler Student/Auszubildender Arbeitslos/Erwerbsunfähig Rentner
 Sonstiges: _____ Berufstätig, Beruf: _____

Hörstatus:

leicht-schwerhörig mittelgradig-schwerhörig hochgradig-schwerhörig
 An Taubheit grenzend Schwerhörig ertaubt CI-Träger

Schwerhörig/ertaubt seit dem _____ Lebensjahr

- | | |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich zahle den satzungsmäßigen Beitrag von monatlich | 8,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle den Beitrag für Ehepartner von monatlich | 5,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle einen höheren monatlichen Beitrag von _____ | Euro |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle den satzungsmäßigen Beitrag für Schüler von monatlich | 2,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle den satzungsmäßigen Beitrag für Studenten/Azubi von monatlich | 4,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle nach Absprache mit dem BdS einen Sozialbeitrag von monatlich | 3,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Als Firma / Verband zahlen wir einen Jahresbeitrag von _____ | 105,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Als Firma / Verband zahlen wir einen Jahresbeitrag von _____ | Euro |

Mit meiner Aufnahme erkenne ich die Satzung des BdS e.V. als für mich verbindlich an. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke EDV-mäßig erfasst und gespeichert werden.

Datum

Unterschrift
(bei unter 18-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70BdS00000477501

Mandatsreferenz: _____ (wird vom BdS e.V. noch vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Bund der Schwerhörigen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bund der Schwerhörigen e.V. auf mein Konto gezogenen 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.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC, acht oder elf Stellen)

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _
IBAN (20 Stellen)

Abbuchung: jährlich halbjährlich vierteljährlich

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers