

Antrag auf Aufnahme als außerordentliches Mitglied im DSB e.V. *)

(Direktmitgliedschaft für Einzelpersonen)

Vorname/Name: _____ Tel.: _____
Straße: _____ Fax: _____
PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____
Geb.-Datum **: _____ Hörgeschädigt **: Ja Nein

** Angaben dienen zu statistischen Zwecken

Hiermit ermächtige ich den Deutschen Schwerhörigenbund e.V. widerruflich den Mitgliedsbeitrag gemäß aktueller Beitragsordnung jährlich zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN: _____ BIC: _____

Bankverbindung: _____

Konto-Inhaber: _____

Im ersten Jahr wird der Betrag zwei Wochen nach Eingang dieser Erklärung beim Deutschen Schwerhörigenbund e.V. abgebucht.

Ich wünsche eine Rechnung.

Diese Erklärung kann schriftlich einen Monat zum Jahresende widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Bestimmungen der Satzung des Deutschen Schwerhörigenbundes e.V. an.

Ich bin mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für vereinsinterne Zwecke einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

*) nach § 5, 1. b) der Satzung.