

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

(Direktmitgliedschaft für Einzelpersonen)

Vorname/Name:

Straße, PLZ, Ort

Tel. / Fax:

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. Mich 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.

Ort, Datum, Unterschrift:

*) nach § 5, 1. b) der Satzung.