

Landesverband der Schwerhörigen und Ertaubten Baden-Württemberg e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Landesverband der Schwerhörigen und Ertaubten Baden-Württemberg e.V.

Ich / Wir erteile/n eine Einzugsermächtigung bzw. verpflichte/n mich/uns zur pünktlichen Zahlung des festgesetzten Jahresbeitrages zu Beginn eines Kalenderjahres.

Bitte ankreuzen;

Ordentliches Mitglied:

Mitglied (Ortsverein) des Deutschen Schwerhörigenbund e.V. ☐ 2,00 € Kopfpauschale

Verein nach § 21 BGB (eingetragener Verein) ☐ 100,00 € Pauschalbetrag

Einzelmitglied ☐ 60,00 €
☐ 40,00 € für Azubis /Studenten/Rentner

Außerordentliches Mitglied:

Selbsthilfegruppe für Hörgeschädigte ☐ 50,00 € Pauschalbetrag

Fördermitglied ☐ 50,00 €
oder mehr: _____ €

Erforderliche Angaben:

Name / Organisation / Firma _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel / Fax _____

Email _____

Ich bin damit einverstanden, dass diese Angaben unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen in einer automatisierten Datei gespeichert werden.

_____, den ____ . ____ . 20

eigenhändige Unterschrift

Heßbrühlstr. 68
70565 Stuttgart
www.hoergeschaedigte-bw.de
Amtsgericht Stuttgart: VR 386

Volksbank Stuttgart eG
Kto-Nr.: 0299760006
BLZ: 60090100
IBAN: DE03 6009 0100 0299 7600 06
BIC: VOBADDE33

Mitglied in folgenden Organisationen:
LAG SELBSTHILFE Baden-Württemberg e.V.
Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband e.V.
Deutschen Schwerhörigenbund e.V.
Deutscher Hörverbund e.V.
Landesseniorenrat Baden-Württemberg e.V.

Einzugsermächtigung

Der Deutschen Schwerhörigenbund Landesverband Baden-Württemberg e.V. wird bis auf Widerruf ermächtigt, den jeweils gültigen Jahresbeitrag für u.a. Mitglied zu Lasten des folgenden Girokontos zum 1. April jeden Jahres mittels Lastschrift abzubuchen.

Falls mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

☐ Ich/Wir bin/sind mit dem Einzug des Mitgliedsbeitrags einverstanden.

Name des Mitglieds: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

_____, den ____ . ____ . 20

eigenhändige Unterschrift

Ausgefüllter Bogen per Post an:

Landesverband der Schwerhörigen und Ertaubten Baden-Württemberg e.V.
Heßbrühlstr.68
70565 Stuttgart

Oder per Mail an:

info@hoergeschaedigte-bw.de