

Den Mitgliedsantrag bitte GUT LESERLICH weiterleiten an

E-Mail: mitgliederverwaltung@hoerbehindertenselbsthilfe.de
 Per Post: Ursula Engelskirchen, Everhard-Stolz-Straße 1, 50997 Köln

Auf die DHS wurde ich aufmerksam durch:

<input type="radio"/> Als Einzelperson – Jahresbeitrag 30,00 €	<input type="radio"/> Als Selbsthilfegruppe – Jahresbeitrag 60,00 €
<input type="radio"/> Als Ehepaar – Jahresbeitrag 46,00 €	<input type="radio"/> Als Firma/jur. Person – Jahresbeitrag 60,00 €
<input type="radio"/> Als Mitglied der DTL – Jahresbeitrag 18,00 €	Mitgliedschaft in der DHS gewünscht ab
<input type="radio"/> Ehepaar mit Nachweis DTL – Jahresbeitrag 22,00 € (bitte Nachweis beifügen)	

Name	Vorname(n)
Selbsthilfegruppe	Ansprechpartner
Straße / Hausnr.	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Bundesland
Tel. / St / BT	Fax
E-Mail	Website

<input type="radio"/> Zahlung durch Überweisung Bank: Bank für Sozialwirtschaft BIC: BFSWDE33XXX IBAN: DE28 3702 0500 0007 4857 00	<input type="radio"/> Zahlung durch Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat
Kontoinhaber	Bankinstitut
BIC	IBAN

1. Einzugsermächtigung: Ich ermächtige die Deutsche Hörbehinderten Selbsthilfe e.V. für meine Mitgliedschaft in der DHS die jeweiligen Beiträge bei Fälligkeit im Banklastschriftverfahren einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat (für Bankeinzug ab 2014) Ich ermächtige die Deutsche Hörbehinderten Selbsthilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hörbehinderten Selbsthilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar. Die Beitragszahlung erfolgt entsprechend der Satzung zum 01. März des jeweiligen Jahres. Weist mein/ unser Konto nicht die erforderliche Deckung auf, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich bin damit einverstanden, dass die DHS die von mir gemachten Angaben zum Zweck des Austausches unter Hörgeschädigten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) speichert und im Zusammenhang mit ihren Aufgaben verwendet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die anliegende Datenschutzinformation zur DSGVO zur Kenntnis genommen habe. Eine Weitergabe an Dritte ohne meine schriftliche Einwilligung erfolgt nicht. Mir ist bewusst, dass die DHS nicht haftbar ist für etwaige Folgen die sich aus einer Veröffentlichung ergeben.

Ich wünsche eine Veröffentlichung, soweit nicht gewerblich (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Meiner E-Mail-Adresse im FORUM Meiner Kontakt- und E-Mail-Adresse auf der Homepage der DHS
- Ich wünsche Informationen zur Anmeldung im DHS-Online-Portal.

Datum:

Unterschrift: