

MITGLIEDSAnTRAG

Bund der Schwerhörigen Hamburg e.V.
Hörberatungs- und Informationszentrum



Ich beantrage die Mitgliedschaft im Bund der Schwerhörigen e.V. Hamburg (BdS) zum nächstmöglichen Termin.

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Ort: _____ Postleitzahl: _____

Telefon*1: _____ Telefax*1: _____

E-Mail Adresse*1: _____ Beruf*1: _____

Ich zahle den satzungsmäßigen Beitrag von monatlich	10,00 Euro
Ich zahle den Beitrag für Ehepartner von monatlich	7,00 Euro
Ich zahle freiwillig einen höheren Beitrag von monatlich	_____
Ich zahle den Beitrag für Schüler/Kinder von monatlich	3,00 Euro
Ich zahle den Beitrag für Studenten/Auszubildende von monatlich	4,00 Euro
Ich zahle den Sozialbeitrag*3 von monatlich	4,00 Euro
Als Firma/Verband zahlen wir einen Jahresbeitrag von	140,00 Euro
Als Firma/Verband zahlen wir freiwillig einen Jahresbeitrag von	_____
Ich bin Mitglied im HSSV*2 und zahle einen Jahresbeitrag von	60,00 Euro
Ich wünsche zusätzlich eine Mitgliedschaft im HSSV	

*1 Ihre Angaben in diesen Feldern sind freiwillig, bitte beachten Sie unsere Hinweise zum Schutz Ihrer persönlichen Daten, die nachstehend aufgeführt sind.

*2 Nachweis erforderlich

*3 Sozialbeitrag: arbeitslos/erwerbsunfähig sonstiges: _____

Mit der Speicherung der von mir gemachten Angaben für vereinsinterne Zwecke bin ich einverstanden.
Mit meiner Aufnahme erkenne ich die Bestimmungen der Satzung des BdS als für mich verbindlich an.
Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen. Sie finden diese auf der Rückseite.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen benötigen wir die Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten (bitte neben der Unterschrift auch den Namen in Druckschrift angeben, wenn dieser von o.g. Angaben abweicht)

**Hinweis:**

Neueintritte in den BdS werden namentlich in der Vereinszeitschrift sowie als pdf auf unserer Webseite erwähnt. Sollten Sie dieses nicht wünschen, teilen Sie uns dieses unbedingt mit!

ich wünsche keine Veröffentlichung

ich möchte in den Rundmailverteiler aufgenommen werden

ich verzichte auf die postalische Zusendung der Vereinszeitschrift und werde das Vereinsheft zum Lesen auf der Vereinswebseite aufrufen, wenn gewünscht.

ich verzichte auf die Zusendung von Geburtstagsbriefen

Hinweise zum Datenschutz:

Während Sie beim BdS als Mitglied registriert sind, erhebt und verarbeitet des BdS persönliche Informationen und Daten (sowohl in Papierformat als auch in digitaler Form).

Zu diesen Informationen und Daten gehören: Name/Anschrift/Geburtsdatum*¹
Bankverbindung, Telefon-/Faxnummer*¹, mobil*¹, Mailadresse*¹, Berufsstand*¹.

Die Daten werden nur in dem für Vereinszwecke erforderlichen Maße gespeichert. Eine Weitergabe der Daten an Dritte außerhalb des Vereinszwecks erfolgt nicht.

Durch ihre Mitgliedschaft und die damit verbundene Anerkennung der Satzung stimmen die Mitglieder außerdem der Veröffentlichung von Bildern und Namen in Print- und Telemedien sowie elektronischen Medien zu, soweit dies den satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecken des Vereins entspricht.

Soweit dieses nicht widerrufen wird, gilt es zeitlich unbeschränkt.

Eine vollständige Löschung der veröffentlichten Namen/Fotos im Internet kann durch den Verein nicht sichergestellt werden, da z.B. andere Internetseiten Fotos kopiert oder verändert haben könnten. Der Verein kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Form der Nutzung durch Dritte.

Ihre persönlichen Daten werden nur gespeichert, solange Kenntnis der Daten für Zwecke, für die sie erhoben worden sind, erforderlich ist oder gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsfristen bestehen.

Diese Information habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-LASTSCHRIFT- mandat



Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE70ZZZ00000477501

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

Ich ermächtige den Bund der Schwerhörigen Hamburg 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 (22 Stellen)

Abbuchung

Bitte ankreuzen:

☐ jährlich

☐ halbjährlich

☐ vierteljährlich

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers