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.

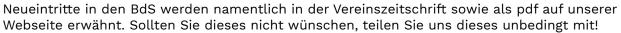
Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:		
Straße:	Ort:	Postleit	zahl:
Telefon*1:	Telefax*1:		
E-Mail Adresse*1:	Berut	F*1:	
Ich zahle den satzungsr	mäßigen Beitrag von mona	tlich	10,00 Euro
Ich zahle den Beitrag fü	ir Ehepartner von monatlic	h	7,00 Euro
Ich zahle freiwillig einer	n höheren Beitrag von mor	natlich	
Ich zahle den Beitrag fü	ir Schüler/Kinder von mon	atlich	3,00 Euro
Ich zahle den Beitrag fü	ir Studenten/Auszubildend	e von monatlich	4,00 Euro
Ich zahle den Sozialbeit	trag*³ von monatlich		4,00 Euro
Als Firma/Verband zahl	en wir einen Jahresbeitrag	von	140,00 Euro
Als Firma/Verband zahl	en wir freiwillig einen Jahr	esbeitrag von	
Ich bin Mitglied im HSS	V*² und zahle einen Jahres	sbeitrag von	60,00 Euro
Ich wünsche zusätzlich	eine Mitgliedschaft im HS	SV	
*1 Ihre Angaben in diesen F Schutz Ihrer persönlichen [_		e Hinweise zum
*2 Nachweis erforderlich			
*3 Sozialbeitrag: arbeit	slos/erwerbsunfähig	sonstiges:	
Mit der Speicherung der von mir Mit meiner Aufnahme erkenne ic Die Hinweise zum Datenschutz h	h die Bestimmungen der Satzur	ng des BdS als für mich	
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)

Fax: 040 / 299 72 65 www.bds-hh.de, www.hoerbiz.de Besuchen Sie uns in der Wagnerstraße 42, 22081 Hamburg

Datenschutz







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 veröffentlichen 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.

Ort, Datum	Unterschrift	

Tel: 040 / 29 16 05 E-Mail: info@bds-hh.de

Fax: 040 / 299 72 65 www.bds-hh.de, www.hoerbiz.de Besuchen Sie uns in der Wagnerstraße 42, 22081 Hamburg

Diese Information habe ich gelesen und verstanden.

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.

<u>Hinweis:</u> 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 o	des Kontoinhabers		
Straße und Hausnum	mer		
Postleitzahl und Ort			
Kreditinstitut (Name	und BIC, acht oder	r elf Stellen)	
D.F. /	,	,	,
DE / IBAN (22 Stellen)	/	//	/
Abbuchung Bitte ankreuzen:	iährlich	halbjährlich	vierteliährlich
	jannaon	natojam ton	viertegamilen
Ort, Datum und Unte	rschrift des Kontoi	nhabers	

Fax: 040 / 299 72 65 www.bds-hh.de, www.hoerbiz.de Besuchen Sie uns in der Wagnerstraße 42, 22081 Hamburg