Deutscher Schwerhörigenbund Ortsverein Bielefeld e.V.
HGZ im Umweltzentrum
August-Bebel-Straße 16-18, 33602 Bielefeld
Homepage: http://www.hoerrohr.org/

DSB
Deutscher Schwerhörigenbund
Ortsverein Bielefeld e.V.

Mitglied im DSB Landesverband NRW e.V. und im DSB e.V. (Bundesverband) , Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft / Beitrittserklärung

Ich/wir möchte/n das Engagement des DSB Ortsverein Bielefeld e.V. unterstützen und Mitglied werden.

Beitrittsdatum:.....

Name.....Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße.....

PLZ/Ort.....

Telefon..... Handy.....

Fax…… E-Mail.....

Ich bin damit einverstanden, dass mein Geburtstag zum jeweiligen Zeitpunkt in der Vereinspublikation veröffentlicht wird ☐ Ja ☐ Nein

Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils am 01.02. eines jeden Jahres fällig und beträgt:

- ☐ **50,00 € Einzelmitgliedschaft**
- ☐ **85,00 € Doppelmitgliedschaft** bei Ehepaaren / Lebensgemeinschaften
- ☐ **25,00 € ermäßigt** (Hartz IV, Schüler, Studenten, Grundsicherung) auf Antrag und Nachweis nach Prüfung des Einzelfalles durch den Vorstand: Bewilligung für jeweils 1Jahr.

Verlängerung nur auf erneuten Antrag, andernfalls ist der reguläre Beitrag zu zahlen.

Beendigung der Mitgliedschaft (Auszug aus der gültigen Satzung § 4, Abs.6)
Der Austritt erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres, gezahlte Beiträge werden nicht zurück erstattet.

Ort/Datum:..... Unterschrift:.....

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige/n den Deutschen Schwerhörigenbund Ortsverein Bielefeld e.V. meinen/unseren Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit jeweils zum 1.2. eines jeden Jahres von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Im ersten Jahr ist der Beitrag 4 Wochen nach Eingang dieser Erklärung fällig. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Deutschen Schwerhörigenbund Ortsverein Bielefeld e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mir/uns der DSB Ortsverein Bielefeld e.V. die Mandatsreferenz und Gläubiger-Identifikationsnummer mitteilen und mich/uns über den Zeitpunkt des Einzuges unterrichten.

Kontoinhaber/in: .....

Name der Bank:……

BIC																						
IBAN	**D**	**E**																				

Ort/Datum:..... Unterschrift:.....