

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bund der Schwerhörigen e.V. Hamburg.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil-Telefon: \_\_\_\_\_

Schüler     Student/Auszubildender     Arbeitslos/Erwerbsunfähig     Rentner  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  Berufstätig, Beruf: \_\_\_\_\_

### Hörstatus:

leicht-schwerhörig     mittelgradig-schwerhörig     hochgradig-schwerhörig  
 An Taubheit grenzend Schwerhörig     ertaubt     CI-Träger

Schwerhörig/ertaubt seit dem \_\_\_\_\_ Lebensjahr

- |  |                    |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich zahle den satzungsmäßigen Beitrag von monatlich                     | <b>8,00 Euro</b>   |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle den Beitrag für Ehepartner von monatlich                      | <b>5,00 Euro</b>   |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle einen höheren monatlichen Beitrag von _____                   | <b>Euro</b>        |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle den satzungsmäßigen Beitrag für Schüler von monatlich         | <b>2,00 Euro</b>   |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle den satzungsmäßigen Beitrag für Studenten/Azubi von monatlich | <b>4,00 Euro</b>   |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle nach Absprache mit dem BdS einen Sozialbeitrag von monatlich  | <b>3,00 Euro</b>   |
| <input type="checkbox"/> Als Firma / Verband zahlen wir einen Jahresbeitrag von _____            | <b>105,00 Euro</b> |
| <input type="checkbox"/> Als Firma / Verband zahlen wir einen Jahresbeitrag von _____            | <b>Euro</b>        |

Mit meiner Aufnahme erkenne ich die Satzung des BdS e.V. als für mich verbindlich an. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke EDV-mäßig erfasst und gespeichert werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei unter 18-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70BdS00000477501

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird vom BdS e.V. noch vergeben)

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Bund der Schwerhörigen 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 (20 Stellen)

**Abbuchung:**                      jährlich                      halbjährlich                      vierteljährlich

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers