

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in:

Deutscher Schwerhörigenbund – Ortsverein Münster und Münsterland e.V.

(Verein der Hörbehinderten Münster und Münsterland)

Mitglied im Landesverband NRW

Neuanmeldung

Änderungsantrag

Wiederanmeldung

Mitgliedsnummer _____

(wird vom Verein eingetragen)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Telefon: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mobil/SMS.: _____

Der normale Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 84,- € / Jahr.. Für Ehepaare beträgt der Beitragssatz 144,00 € / Jahr. Für Arbeitslose, Studenten etc. kann **auf Antrag** ein ermäßigter Beitragssatz festgesetzt werden.

Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden.

Eine Übermittlung von Daten an die Dachorganisation findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegte Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zwecke der Organisation. Eine Datenübermittlung an Dritte außerhalb der Dachorganisation findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto- und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen, Berichte, in Printmedien, Neuen Medien und auf der Internetseite des Vereines und seinen übergeordneten Verbänden unentgeltlich verwendet werden dürfen. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahme an Dritte außer der Dachorganisation des Vereins ist unzulässig. Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller

SEPA-Lastschriftmandat:

Ja

Nein

Hiermit ermächtige ich den Deutschen Schwerhörigenbund – Ortsverein Münster und Münsterland e.V., den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinen nachfolgend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

IBAN: _____

(finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

Kreditinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die vom Deutschen Schwerhörigenbund – Ortsverein Münster und Münsterland 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.

Unsere Gläubiger-ID: DE72ZZZ00000507438 – Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich möchte keine SEPA-Lastschriftmandat erteilen und überweise den Mitgliedsbeitrag jährlich **zum 01. März** auf folgendes Vereinskonto: Zahlungsempfänger : Dt. Schwerhörigenbund Münster und Münsterland e.V.

IBAN: DE02 4005 0150 0055 0657 59

BIC: WELADED1MST