

# Gehörlosenverein Schwandorf und Umgebung 1977 e.V.



## Mitgliedschaftsantrag

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ + Wohnort: \_\_\_\_\_

Handy Nummer: \_\_\_\_\_ Email- Adresse: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis: Ja  Nein  Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ %

Ich melde mich für weitere Person/en an (Nur Ehepartner/in oder eigene Familie):

Ehepartner/in (Nach- und Vorname): \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Kind: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Kind: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

### Jahresbeitrag der Mitgliedschaft (bitte ankreuzen)

Erwachsene: 38 €  Rentner/ Arbeitslose/ Hausfrau: 26 €

Familie mit 76 €  Jugendliche: 20 €  Kind: frei   
Kinder bis 18 Jahre alt von 13 bis 18 Jahre alt bis 12 Jahre alt

DGS- Mitgliedsausweis vorhanden? Ja  Nein

Kath.- Diözesanmitgliedschaft (VKGD) 3 € pro Jahr, falls gewünscht? Ja  Nein

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Aufnahmegebühr pro Personen 5 € (einmalig)

Ich bitte, mir eine Verein- Satzung zu übermitteln Ja  Nein

Ja  Datenschutzhinweis/ Einwilligungserklärung wurden zur Kenntnis genommen.

Unterschrift des Antragsteller: \_\_\_\_\_

Bei der Minderjährigkeit, Unterschrift eines Elternteiles: \_\_\_\_\_

Unterschrift des 1. Vorsitzende/ r \_\_\_\_\_

(Sie erhalten von uns eine Kopie als Bestätigung und die Satzung, wenn Sie möchten)

## Gehörlosenverein Schwandorf und Umgebung 1977 e.V.

### Abbuchungsauftrag (Einzugsermächtigung)

Hiermit ermächtige ich widerruflich den Gehörlosenverein Schwandorf und Umgebung e.V. jährlich von meinem Konto für Jahresmitgliedsbeitrag abzubuchen.

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

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