



BEITRITTSERKLÄRUNG

(bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Staatsangehörigkeit: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Fax-Nr. : _____ **E-Mail:** _____

Ordentliches Mitglied:

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson | 36,00 € |
| <input type="checkbox"/> Ehepaar | 60,00 € |
| <input type="checkbox"/> Studenten / Schüler / Auszubildende | 24,00 € |
| <input type="checkbox"/> Kinder ab 15 bis 18 Jahren | 12,00 € |
| <input type="checkbox"/> Kinder bis 14 Jahren frei | |

Außerordentliches Mitglied:

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Verein | ab 60,00 € |
| <input type="checkbox"/> Firma | ab 120,00 € |
| <input type="checkbox"/> Schule | ab 60,00 € |

Fördermitglied:

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied | ab 50,00 € |
|---|------------|

Der Beitrag ist erstmalig bei Eintritt fällig.

Der Mitgliedsbeitrag ist jährlich zum 1. Januar eines Kalenderjahres fällig.

Zahlungsverzug:

2,50 € Mahngebühr / Bearbeitungsgebühr

Bei Neuaufnahme oder vorzeitiger Beendigung der Mitgliedschaft wird stets der Jahresbeitrag insgesamt zugrunde gelegt.

Ich habe die Satzung und Beitragsordnung von Hörgeschädigtenzentrum Bodensee-Allgäu-Oberschwaben e.V. erhalten und gelesen.

Mit der Unterschrift akzeptiere ich die Beitragsordnung, Datenschutzordnung und Satzung an.

Datum: _____ Ort: _____

Unterschrift: _____

(Bei minderjährige Unterschrift der Erziehungsberechtigte nötig)