



BEITRITTSERKLÄRUNG

(bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Fax-Nr. : _____ E-Mail: _____

Ordentliches Mitglied:

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

Auswertung:

- gehörlos
- schwerhörig
- ertaubt
- CI
- CODA
- O trifft nicht zu

Außerordentliches Mitglied:

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

Fördermitglied:

- | | |
|--|------------|
| <input type="radio"/> Künstler / Sozialarbeiter /
Lehrer / Erzieher /
Selbständige | 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 und Satzung an.

Datum: _____ Ort: _____

Unterschrift: _____

(Bei minderjährige Unterschrift der Erziehungsberechtigte nötig)