

Beitrittserklärung

in die Vereinigung der Eltern Hörgeschädigter in Bayern e. V.

- Doppelmitgliedschaft (26 Euro jährlich)
 Alleinerziehende/r (17 Euro jährlich)

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Nachname Vorname Geburtstag

Nachname Vorname Geburtstag

(nur bei Doppelmitgliedschaft auszufüllen: zweites Elternteil)

Adresse E-Mail Telefon

Meine/unsere hörbehinderten Kinder (Angaben freiwillig)

	Vorname	Geburtsjahr	Hörstatus	Hörhilfe	bevorzugte Sprache (DGS, LBG, Lautsprache usw.)
Kind 1	_____	_____	_____	_____	_____
Kind 2	_____	_____	_____	_____	_____
Kind 3	_____	_____	_____	_____	_____

Anzahl der hörenden Geschwisterkinder: ____

Die Vereinigung der Eltern Hörgeschädigter in Bayern e. V. (Elternvereinigung) erhebt, nutzt und verarbeitet die oben angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Weitere Informationen unter: elternvereinigung.de/datenschutzerklärung. Mit Unterzeichnung der Beitrittserklärung erteile/n ich/wir meine/unsere Einwilligung zur Erhebung, Nutzung und Verarbeitung meiner/unsere personenbezogenen Daten. Mir/ uns ist bekannt, dass meinem/ unserem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

- Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Fotos und Filmaufnahmen von mir/uns (bzw. unserem/n minderjährigen Kind/ern), die anlässlich von Veranstaltungen der Elternvereinigung entstehen, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in (Print-)Publikationen (z.B. Rundschreiben) und auf der Internetseite der Elternvereinigung www.elternvereinigung.de sowie in sozialen Medien (z. B. Facebook), in denen sich die Elternvereinigung ebenfalls präsentiert, angefertigt und veröffentlicht werden dürfen. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir dieses Einverständnis jederzeit gegenüber der Elternvereinigung widerrufen kann/können.
- Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Elternvereinigung mir/uns regelmäßig Informationen zu Veranstaltungen etc. per E-Mail zuschickt. Diese Einwilligung kann ich/können wir jederzeit gegenüber der Elternvereinigung widerrufen.

Datum, Unterschrift des ersten Elternteils

Datum, Unterschrift des zweiten Elternteils (nur bei Doppelmitgliedschaft)

Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats

Ich ermächtige die Elternvereinigung, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Elternvereinigung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000135743. Vereinsanschrift: Vereinigung der Eltern Hörgeschädigter in Bayern e. V., Haydnstr. 12, 80336 München

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers (identisch mit dem ersten Elternteil, bei Abweichung bitte Namen in Druckbuchstaben hinterlegen)

Vereinigung der Eltern Hörgeschädigter in Bayern e.V.