elternvereinigung
Vereinigung der Eltern
hörbehinderter Kinder in Bayern e.V.

Beitrittserklärung

in die Vereinigung der Eltern hörbehinderter Kinder in Bayern e.V.

Nachname _____ **Vorname** _____ **Geburtstag** _____

Nachname _____ **Vorname** _____ **Geburtstag** _____

(nur bei Doppelmitgliedschaft auszufüllen: zweites Elternteil)

Adresse _____ **E-Mail** _____ **Telefon** _____

Meine/unsere hörbehinderten Kinder:

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

Anzahl der hörenden Geschwisterkinder: _____

☐ **Doppelmitgliedschaft (26 Euro jährlich)**
☐ **Alleinerziehende/r (17 Euro jährlich)**

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass Fotos und Filmaufnahmen von mir/uns (bzw. unserem/unseren minderjährigen Kind/ern), die anlässlich von Veranstaltungen der Elternvereinigung entstehen, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit auf der Internetseite der Elternvereinigung (www.elternvereinigung.de) sowie in den sozialen Medien, 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 ich 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.

☐ Die Vereinigung der Eltern hörbehinderter Kinder 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/unserer personenbezogenen Daten.

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 hörbehinderter Kinder in Bayern e.V., Haydnstr. 12, 80336 München

IBAN _____

BIC _____

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers (identisch mit Antragsteller bzw. erster Elternteil) _____

Vereinigung der Eltern hörbehinderter Kinder in Bayern e.V.

Haydnstraße 12 • 80636 München • Telefon: 089 / 5356 52 • info@elternvereinigung.de • www.elternvereinigung.de