

Antrag zur Mitgliedschaft bei GIB CHANCE e.V.



Hiermit beantrage ich meinen/unseren Beitritt zu GIB CHANCE e.V. Die Satzung des Vereins habe ich erhalten und erkenne diese an. Von der nachfolgenden Beitragsordnung habe ich Kenntnis. Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Vereinsverwaltung meine/unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden (§26 BDSG).

Die Kündigung der Vereinsmitgliedschaft kann nur schriftlich zum Ende des laufenden Kalenderjahres mit einer Frist von 3 Monaten erfolgen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Geb.- Datum: _____

Telefon: _____ SMS: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Ich bin selbst hörgeschädigt oder Familienmitglied einer hörgeschädigten Person:

(Als Familienmitglied gelten hier Eltern, Kinder, Großeltern, Ehepartner, Erziehungsberechtigte und Geschwister.)

ja (ordentliches Mitglied) nein (Fördermitglied)

Beitragsordnung (Stand: Juni 2012):

Der jährliche Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder und Fördermitglieder beträgt:

- Minderjährige: 0,- €
- Erwachsene (ab dem vollendeten 18. Lebensjahr^{*)}):
 - Regulärer Beitrag (Einzelperson): 35,- €
 - Ermäßigter Beitrag (Einzelperson): 20,- €
(Schüler, Studenten, Auszubildende, Arbeitslose, Rentner)
 - Familien (Ehepaare, Lebenspartnerschaften in häuslicher Gemeinschaft): 50,- €

Aufnahmegebühr für Neumitglieder (einmalig): 6,- €

(Für Minderjährige wird keine Aufnahmegebühr erhoben, wenn bereits ein Elternteil Mitglied ist oder gleichzeitig Mitglied wird.)

Zahlungstermin für die Mitgliedsbeiträge ist der 31. März.

(Für Mitgliedsbeiträge, die nicht spätestens einen Monat nach Fälligkeit eingegangen sind, wird eine Mahngebühr von 5,- € erhoben.)

Umlagen werden nicht erhoben.

Ich beantrage für mich den ermäßigten Beitrag

Familienbeitrag mit _____
Name des Partners / der Partnerin

Ich verpflichte mich, dem Verein GIB CHANCE e.V. unverzüglich mitzuteilen, wenn die Voraussetzungen für den ermäßigten Beitrag bzw. den Familienbeitrag nicht mehr vorliegen.

Für folgende eigene minderjährige Kinder beantrage ich ebenfalls die Aufnahme in GIB CHANCE e.V.:

1. Kind: Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Sie/er ist hörgeschädigt oder Familienmitglied einer hörgeschädigten Person*: ja nein (Fördermitglied)

2. Kind: Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Sie/er ist hörgeschädigt oder Familienmitglied einer hörgeschädigten Person*: ja nein (Fördermitglied)

3. Kind: Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Sie/er ist hörgeschädigt oder Familienmitglied einer hörgeschädigten Person*: ja nein (Fördermitglied)

*) Als Familienmitglied gelten hier Eltern, Kinder, Großeltern, Ehepartner, Erziehungsberechtigte und Geschwister.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Bankverbindung von GIB CHANCE e.V.:

Kreditinstitut: GLS Gemeinschaftsbank eG

IBAN: DE34 4306 0967 7014 9337 00

BIC: GENODEM1GLS