

Deutscher Schwerhörigen Verein - DSB
Treffpunkt Ohr e.V.
Schlossstr. 25

56068 Koblenz

Per Fax: 0261 / 35075

Beitrittserklärung

- Ich möchte Mitglied bei DSB-Treffpunkt Ohr, Verein für besseres Hören e.V. werden.
- A** Ich zahle bis auf schriftlichen Widerruf einen erhöhten Jahresbeitrag von Euro _____
- B** Ich zahle den MINDESTjahresbeitrag als Betroffene/-r/Angehörige/-r von Euro 36,00 (Ehepaare Euro 62,00)
- C** Für Fachleute: Ich zahle den MINDESTjahresbeitrag als Förderer/In von Euro 50,00

Der Beitragszeitraum ist das Kalenderjahr. Der Austritt erfolgt schriftlich unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Jahresende. Weitere Angaben (Bitte ausfüllen, damit wir Sie stets aktuell und gezielt informieren können.)

Name, Vorname

Telefon / Fax

Anschrift

E-mail

Beruf / Geburtsdatum

Datum, Unterschrift

Betroffener von ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schwerhörigkeit

Morbus Menière

Einzugsermächtigung (Bitte unbedingt ausfüllen; nur in begründeten Fällen ist eine Ausnahme möglich)

Kto-Nr.

BLZ

Name der Bank

Datum, Unterschrift

Diese Beitrittserklärung können Sie uns per Post oder per Fax zusenden oder bei BECKER Hörakustik Schlossstr. 25 in Koblenz abgeben.