Elternvereinigung
z.Hd. Kilian Deichsel
Blaicher Str. 12
95326 Kulmbach

Beitrittserklärung
von

……
Name (Eltern) Vorname Tel.

……
PLZ. Wohnort Straße

……
Name des Kindes Geb.-Datum Hörverlust (db) GdB

……
E-Mail Addresse

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

Elternvereinigung zur Förderung hörgeschädigter Kinder in Oberfranken e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt **Euro 30.-** pro Jahr.
Mit der **Abbuchung** von meinem untenstehenden Konto erkläre ich mich einverstanden.
(Beschluss vom 09.07.92)
Nach Eingang der Beitrittserklärung erhalte ich eine Satzung und ein Gründungsprotokoll.

……
Kontoinhaber Bank Kontonummer Bankleitzahl

Ich wurde davon unterrichtet und erkläre mich damit einverstanden, dass zum Zwecke des Adressen- und Erfahrungsaustausches meine persönlichen Daten gespeichert und Anschriften weitergegeben werden.
Außerdem bestätige ich, Einladungen zu Treffen der HörEltern nur per E-Mail erhalten zu wollen und Einladungen zur Jahreshauptversammlung per Post zu bekommen.

……...
Unterschrift Antragsteller