



\_\_\_\_\_  
Mitglieds-Nummer

## Beitrittserklärung

Bitte in Druckschrift

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort

\_\_\_\_\_  
Email

Gehörlos  Hörend  Schwerhörig

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein "Gehörlosenzentrum Bremen e.V." und erkenne die Satzung an.**

Meinen Jahresbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ (mindestens 36 €)

Kinder / Schüler (bis zum Alter von 18 Jahren) in Höhe von € \_\_\_\_\_ (mindestens 15 €)  
ziehen Sie bitte im Lastschriftverfahren ein (siehe unteren Abschnitt).

Das Informationsblatt des Gehörlosenzentrum Bremen möchte ich monatlich per Post zugeschickt bekommen (Kosten für Porto zurzeit 10,00 € zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag).

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000799252

Ihre Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Verein Gehörlosenzentrum Bremen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Gehörlosenzentrum Bremen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mir ist bekannt, dass der Einzug immer zum 01.04. eines jeden Jahres erfolgt. Sofern der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/Feiertag fällt, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitutes

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers