

Gehörlosen-Verein Augsburg 1902 e.V.

*Mitglied im Hörgeschädigten-Bezirksverband Schwaben e.V. und
im Landesverband Bayern der Gehörlosen e. V.*

Beitrittserklärung

Ich möchte bei GV Augsburg 1902 e. V. Mitglied werden.

Familienname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ in: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße / Hausnummer: _____

FAX – Nr.: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Schule (GL / SH): _____

von _____ bis _____ in: _____

von _____ bis _____ in: _____

Gewünschtes Beitrittsdatum: _____

bisher Mitglied bei: _____ seit: _____

Ich habe die Satzung erhalten und erkenne sie an.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

vom Vorstand genehmigt: _____

Einzugsermächtigung

Gehörlosen-Verein Augsburg 1902 e.V.

*Ich / Wir ermächtige / n dem Gehörlosen-Verein Augsburg 1902 e.V., den **Jahresmitgliedsbeitrag** bis auf meinen / unseren Widerruf von meinem / unserem nachstehend genannten Konto abzubuchen.*

Name des Kontoinhabers: _____

PLZ und Wohnort: _____

Straße und Haus-Nr: _____

Konto-Nummer: _____

Bankleitzahl: _____

Bankverbindung: _____

Ort: _____ *Datum:* _____

Unterschrift: _____