

Einfach in einen Fensterbriefumschlag stecken!
Oder per Fax an 02 02 / 24 65 2 - 20

Deutsche Tinnitus-Liga e.V.
Postfach 21 03 51
42353 Wuppertal

Absender

Name

Straße

PLZ / Ort

Beruf (evtl. Früherer Beruf)

geb. am

Tel.

e-Mail

----- (hier knicken)

betroffen von Tinnitus betroffen von Morbus Menière

schwerhörig betroffen von Hyperakusis

Beitrittserklärung

- als Betroffene/-r; Angehörige/-r:** Ich zahle den Beitrag pro Kalenderjahr von _____ EUR (mindestens 50 EUR)
- als Förderer/-in (für Fachleute):** Ich zahle den Beitrag pro Kalenderjahr von _____ EUR (mindestens 75 EUR)
- Ich kann nur den ermäßigten Preis von 25 EUR bezahlen (für Arbeitslose, Studenten, etc., monatl. **Haushaltseinkommengrenze** Euro 1.200,00, bitte belegen)

(Bei Eintritt ab dem 1. Juli wird der halbe Beitrag für das lfd. Kalenderjahr fällig.)

Grundlage der Mitgliedschaft ist die Vereinssatzung in ihrer aktuellen Fassung. Vereinsregister Amtsgericht Wuppertal VR 2720.

Datum / Unterschrift zur Mitgliedschaft

Deutsche Tinnitus-Liga e.V. 42369 Wuppertal, Am Lohsiepen 18

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000023404 - Mandatsreferenz: wird mit der ersten Beitragsrechnung mitgeteilt!

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Deutsche Tinnitus-Liga e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Tinnitus-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DE

IBAN

BIC/Swift Code

(Bitte vollständig ausfüllen, Angaben hierzu finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

Bezeichnung des Kreditinstituts

Ort, Datum / Unterschrift des/der Zahler/s

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich/uns die Deutsche Tinnitus-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Bitte zweite Seite unterschrieben beifügen

Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Mit der elektronischen Erfassung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und deren Nutzung bin ich einverstanden, soweit sie für Zwecke der Vereinsverwaltung, des Mitgliedschaftsverhältnisses, der Betreuung sowie der Verfolgung von Vereinszielen erforderlich sind. Mit der Weitergabe meiner Anschrift an einen Dienstleister zum Zwecke der Versendung der Mitgliederzeitschrift oder von Mailings bin ich ebenfalls einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erhobenen Daten bleibt hiervon unberührt.

Datum / Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten der DTL.

Wie wurden Sie erstmals auf die DTL aufmerksam? Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen!

- Homepage der DTL
- Internet, Zeitungsartikel, Presse
- Instagram/Facebook
- DTL-Telefonsprechstunde/-Beratung
- DTL-Selbsthilfegruppe der Stadt: _____
- DTL-Mitglied (Name: _____ Stadt _____)
- HNO-/Hausarzt, sonstiger Therapeut etc. (Name: _____ Ort _____)
- Hörakustiker, CI-Zentrum (Name: _____, Ort _____)
- Andere _____

Wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen!