

ORTSVERBAND DER GEHÖRLOSEN LANDSHUT 1916 e. V.

-Interessengemeinschaft d. Gehörlosen, Schwerhörigen, Ertaubten, Taubblinden, Codas und Hörenden-

Beitrittserklärung

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße: _____

Email und Fax: _____

Hochzeitstag: _____

Beruf: _____

Behinderung: _____

gehörlos schwerhörig ertaubt keine taubblind

Wertemarke: ja nein

Gehörlosenschule / Schwerhörigenschule in _____

Children of Deaf Adults: ja nein

(Kinder von gehörlosen/schwerhörigen Eltern)

Ich erkläre hiermit den Beitritt in den Ortsverband der Gehörlosen Landshut e. V. und anerkenne dessen Satzung.

Gebühren und Mitgliederbeiträge am Tage der Anmeldung:

Einmalige Aufnahmegebühr:	5 €
Beiträge: Kinder bis 14 Jahre	entfällt
Schüler/in	6 €
Auszubildende/r	24 €
Rentner / Arbeitslose (Ermäßigte Mitgliedschaft)	36 €
Erwachsene ab 18 Jahre voll erwerbstätig	48 €

BIC: _____

IBAN: _____

Bankinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

1. Vorsitzender

Erziehungsberechtigter bei Minderjährige