

## Aufnahmeantrag für Einzelmitglieder

Ich möchte die Ziele und Aufgaben des

**Deutschen Schwerhörigenbundes, Landesverband NRW e.V.**  
Stifterweg 10, 59759 Arnsberg, E-Mail: [info@dsb-lv-nrw.de](mailto:info@dsb-lv-nrw.de)

unterstützen und stelle hiermit Antrag auf Aufnahme in den Verband als  
außerordentliches Mitglied zum Jahresbeitrag von derzeit € 60,00

### **Antragsteller:in:**

(mit "\*" gekennzeichnete Daten sind unbedingt anzugeben)

**Name/ Vorname \*:** \_\_\_\_\_

**Straße/ Hausnr \* :** \_\_\_\_\_

**PLZ/Wohnort \*:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Eintrittsdatum:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (wenn vom Antragsdatum abweicht)

**Kostenfreier Bezug der Zeitschrift mit den Verbandsnachrichten, zurzeit  
"Spektrum Hören":**  Ja  Nein

Mit "Ja" erkläre ich mich auch damit einverstanden, dass meine Anschrift zum Zwecke des Versands der Zeitschrift an den Verlag weitergegeben wird.

Ich verpflichte mich, nach Rechnungsstellung den Jahresbeitrag auf das Konto des Landesverbandes zu überweisen.

Mit der Speicherung der von mir gemachten Angaben für verbandsinterne Zwecke bin ich einverstanden. Name und Anschrift werden auch an den DSB Bundesverband weitergegeben. Mit meiner Aufnahme erkenne ich die Bestimmungen der Vereinssatzung als für mich verbindlich an

Ich bin mit der Zusendung von Verbandsrundschreiben und Newsletter an meine Mail-Adresse einverstanden. (Angabe der E-Mail-Adresse oben erforderlich)

Nach Beendigung Ihrer Mitgliedschaft werden Ihre persönlichen Daten gelöscht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erzieh.berechtigte  
bei Minderjährigen