



“Hören ohne Barriere“- HoB e.V.
Hohenwedeler Weg 33

21682 Stade

Antrag auf Aufnahme zur Mitgliedschaft

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in den Verein “Hören ohne Barriere“
kurz: HoB e.V.

Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Tel. _____

PLZ/Ort _____ mail _____

Ich zahle den Jahresbeitrag von: 24,00 €uro als Einzelperson
derzeit 120,00 €uro als Firma/Personenvereinigung
Zutreffendes bitte ankreuzen Freiwillig mehr und zwar.....€uro

Datum _____ Unterschrift _____

Für vereinsinterne Zwecke beantworte ich nachstehende Fragen. Diese Daten unterliegen
ebenfalls dem Datenschutz und werden auf dem Vereinscomputer gespeichert und nicht an
Dritte weitergegeben. Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich bin:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> normalhörend | <input type="checkbox"/> schwerhörig |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteträger | <input type="checkbox"/> Manchmal denke ich, dass ich schwerhörig bin |
| <input type="checkbox"/> Cochlear Implant Träger | <input type="checkbox"/> Ich kenne schwerhörige Menschen |

Ich/Wir möchte/-n

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Passives Mitglied sein | <input type="checkbox"/> als Multiplikator tätig sein |
| <input type="checkbox"/> Aktiv mitarbeiten | <input type="checkbox"/> Ideen zur Umsetzung der Ziele beitragen |

Seite [- 1 -]



Zahlung der Mitgliedsbeiträge

Name _____ PLZ/Ort _____

“Hören ohne Barriere“ HoB-e.V. ist durch Bescheinigung des Finanzamt Stade als gemeinnützig im Sinne der §§ 51 ff. AO anerkannt und dient ausschließlich und unmittelbar der Förderung barrierefreier Teilnahme Zivilbeschädigter und behinderter Menschen im öffentlichen Leben (§ 52 Abs. 2 Nr. 10 AO).

Die Steuerbegünstigung gilt auch für gezahlte Mitgliedsbeiträge.

Ich überweise den fälligen Mitglieds-Beitrag auf das

Konto Nr. 169 565
BLZ 241 511 16
Kreissparkasse Stade

Hiermit ermächtige(n) ich / wir “Hören ohne Barriere“ - HoB e.V. widerruflich, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines/unseres Konto durch Lastschrift einzuziehen

Bank: _____ BLZ: _____

Kontoinhaber _____ Konto-Nr. _____

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen sollte, besteht seitens der kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung

(Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)