

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung

Hörgeschädigter e.V.

Talbotstrasse 13, 52068 Aachen

Telefon-Nr.: 0241/159545 FAX-Nr.: 0241/911634



Mitgliedsantrag:

Name, Vorname: _____

Strasse: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung Hörgeschädigter e.V., Talbotstrasse 13, 52068 Aachen.

Die Mitgliedschaft kann nur schriftlich bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres beim Vorstand gekündigt werden.

Ich zahle _____ Euro/Kalenderjahr (Mindestbeitrag 15,-- €.)

Der Beitrag wird zum 10.05. des Jahres abgebucht.

SEPA-Basis-Lastschrift:

Hiermit erkläre ich, dass mein Mitgliedsbeitrag jährlich von dem Konto:

Kontoinhaber: _____

Bankverbindung: _____

IBAN: _____

BIC: _____

abgebucht werden soll.

Ort, Datum

Unterschrift

Bankverbindung: Sparkasse Aachen (BLZ: 39050000) Kto.-Nr.: 49 999

IBAN: DE30 3905 0000 0000 0499 99 BIC: AACSD33XXX (Aachen)

Mitglied des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes