

# Werden Sie Mitglied!

Ich/wir möchte/n Mitglied im DSB Deutschen Schwerhörigenbund Köln e.V. werden.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Die folgenden Angaben sind freiwillig.** Sie helfen uns, Sie als unser Mitglied besser kennen zu lernen und mit unseren Angeboten gezielt anzusprechen. Sie werden nur für vereinsinterne Zwecke verwendet und nicht an Dritte weiter gegeben.

Mein Beruf: \_\_\_\_\_

Hörstatus rechts: \_\_\_\_\_ Beginn der Schwerhörigkeit \_\_\_\_\_

Hörstatus links: \_\_\_\_\_ Beginn der Schwerhörigkeit \_\_\_\_\_

Abkürzungen zum Hörstatus: NH = normalhörend; LS = leichtgradig, MS = mittelgradig, HS = hochgradig, TS = an Taubheit grenzend schwerhörig, T = taub

Leiden Sie an Ohrgeräuschen (Tinnitus)?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Schwindel?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Sind Sie mit einem Hörgerät oder CI versorgt?

Hörgerät seit \_\_\_\_\_ (links) / \_\_\_\_\_ (rechts)

CI seit \_\_\_\_\_ (links) / \_\_\_\_\_ (rechts)

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten freiwilligen Angaben für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

**Informationen zum Mitgliedsbeitrag und Lastschriftmandat finden Sie auf der Rückseite!**

Bearbeitungsvermerk: Aufgenommen am \_\_\_\_\_ Zeichen \_\_\_\_\_

# Mitgliedsbeitrag

Unser Mitgliedsbeitrag enthält unsere Zeitschrift "HörMal" und beträgt jährlich für

Einzelmitglieder **54,00 Euro**

Paare, Partner **87,00 Euro**

Auszubildende, Studenten, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger **38,00 Euro**

(Nachweis bitte beifügen!)

Juristische Mitglieder

(incl. 2 Abo Spektrum Hören) **160,00 Euro**

**Mitgliedsbeiträge und Spenden können steuerlich abgesetzt werden!**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige/n den Deutschen Schwerhörigenbund Ortsverein Köln e.V., meinen/unseren

Mitgliedsbeitrag in Höhe von jährlich \_\_\_\_\_ EUR von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Deutschen Schwerhörigenbund Köln e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Meine Bankverbindung:

Name der Bank \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**DSB Ortsverein Köln**

Lupusstr. 22

50670 Köln

Tel. 0221 / 68 47 60

Fax 0221 / 120 88 37

E-Mail: dsbkoeln@web.de

Bank für Sozialwirtschaft Köln

IBAN DE80 3702 0500 0007 0859 00