

FORMULAR FÜR BEITRITTSBEGEHREN

JA, ich möchte dem **HörensWERT – Schwerhörigenzentrum Niederösterreich** gerne beitreten und erkläre mich mit den Bedingungen einer „ordentlichen Mitgliedschaft“ bzw. einer Mitgliedschaft als „unterstützendes Mitglied“ im Rahmen der Satzungen des Vereines einverstanden.

Name:.....
 Geburtsdatum(T/M/J):.....hörbeeinträchtigt.....Tinnitus.....guthörend.....
 Strasse/PLZ/Ort:.....
 Telefon:.....Fax:.....Mobil:.....
 E-Mail:.....

Art Ihrer Hörhilfe/n:linksHdOIOCI Sonstiges.....
rechtsHdOIOCI Sonstiges.....

Art der Mitgliedschaft	Kategorie	Betrag in €	Zutreffendes ankreuzen
Ordentliches Mitglied	Berufstätig	€ 30,-	
	Berufstätig Partner	€ 45,-	
Ordentliches Mitglied	Schüler, Lehrling, Student, Pensionist, derzeit erwerbslos	€ 20,-	
	Pensionist Partner	€ 30,-	
Unterstützendes Mitglied	Unterstützendes Mitglied	ab € 50,-	

Ich akzeptiere, dass der Mitgliedsbeitrag ein Kalenderjahr ist und ein Austritt für das Folgekalenderjahr schriftlich bis 30.November eines Jahres erfolgen kann. Erfolgt der Austritt während des Jahres, habe ich keinen Anspruch auf Refundierung des Mitgliedsbeitrages oder den Erlass noch ausständiger Beiträge. Ich erkläre hiermit, dass alle im Beitrittsbegehren gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und nicht wahrheitsgemäße Angaben eine Nichtaufnahme bzw. einen Ausschluss aus dem Verein nach sich ziehen können.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Mitgliedschaft wird gültig, wenn der Betrag auf unser Konto bei der Waldviertler Sparkasse: IBAN: AT88 2027 2083 0152 9569, BIC: SPZWAT21, „HörensWERT-Schwerhörigenzentrum N.Ö.“, eingelangt ist.