

Beitrittserklärung

- Ich möchte **Einzelmitglied*** im **Elternverein hörbehinderter Kinder** Berlin/Brandenburg e.V. werden und den Verein durch meinen Mitgliedsbeitrag mit 20,00 Euro im Jahr unterstützen.
- Wir möchten **Familienmitglied*** im **Elternverein hörbehinderter Kinder** Berlin/Brandenburg e.V. werden und den Verein durch unseren Mitgliedsbeitrag mit 20,00 Euro im Jahr unterstützen.
- Ich/wir möchte/n **Fördermitglied*** im **Elternverein hörbehinderter Kinder** Berlin/Brandenburg e.V. werden und den Verein zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag mit _____ Euro im Jahr unterstützen.
- Ich/wir möchte in den E-Mail-Verteiler aufgenommen werden und aktuelle Infos erhalten.

** Die Mitgliedschaft läuft immer vom 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Jahres und kann zum jeweiligen Ende des laufenden Kalenderjahres ohne die Benennung von Gründen schriftlich gekündigt werden.*

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße und Hausnummer PLZ Ort

Name, Vorname (des hörbehinderten Kindes) Geburtsdatum

Telefon (privat) Fax (privat) Mobilnummer (privat)

Telefon (dienstlich) Fax (dienstlich) Mobilnummer (dienstlich)

E-Mail (privat) E-Mail (dienstlich)

Datum (Eintrittsdatum) Unterschrift