

# AUFNAHMEANTRAG

Landesverband der Eltern und Förderer hörgeschädigter  
Kinder und Heranwachsender in Sachsen-Anhalt e. V.

Ich beantrage meine Aufnahme in den Landesverband der Eltern und Förderer hörgeschädigter Kinder und Heranwachsender in Sachsen-Anhalt e. V. als

Mitglied

Jahresbeitrag 15,00 €

förderndes Mitglied

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort/Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon – privat

\_\_\_\_\_  
dienstlich

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
Beruf/Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Kiga/Klasse

Halle (Saale), den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag des Landesverbandes der Eltern und Förderer hörgeschädigter Kinder und Heranwachsender in Sachsen-Anhalt e.V. in Höhe von EUR 15,00 jährlich im März von folgendem Konto abgebucht wird:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Konto: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Diese Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf.

Im Aufnahmejahr überweise ich den Beitrag.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Mitgliedes

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Kontoinhaber

Landesverband der Eltern und Förderer  
hörgeschädigter Kinder und Heranwachsender  
in Sachsen-Anhalt e. V.  
Murmansker Straße 12  
06130 Halle (Saale)

Konto-Nr. 5 29 43 19  
BLZ: 860 700 00  
Bank: Deutsche Bank AG Halle