

**Eintrittserklärung**

Mandats-Nr.: \_\_\_\_\_  
(wird vom Verein eingetragen)

Hiermit beantrage ich zum \_\_\_\_\_ die Aufnahme in den  
**DSB-Landesverband Niedersachsen e. V. als**

- **Ordentliches Mitglied** (DSB-Ortsverein, rechtsfähige Selbsthilfegruppe, Einzelmitglied.....) ☐
- **Außerordentliches Mitglied** (nicht rechtsfähige Selbsthilfegruppe)..... ☐
- **Förderer**..... ☐

Name Ortsverein / SHG / Person: \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. / Fax / Mobil (privat): \_\_\_\_\_

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

Mitglied im DSB-Ortsverein / SHG: \_\_\_\_\_

Art der Hörschädigung: ☐ keine ☐ schwerhörig ☐ mit Hörgerät ☐ ohne Hörgerät ☐ ertaubt  
☐ CI-Träger ☐ Tinnitus ☐ M. Menière ☐ gehörlos

Der steuerlich absetzbare Mitgliedsbeitrag wird im Lastschriftverfahren im 1. Quartal des Jahres eingezogen.

Derzeit gelten folgende jährliche Mitgliedsbeiträge:

- Bei DSB-Ortsvereinen 3 € pro Mitglied,
- Für Selbsthilfegruppen 15 €,
- Einzelmitglieder ohne Anbindung an einen DSB-Ortsverein 40 € (einschl. der gleichen Rechte wie DSB-Ortsvereinsmitglieder),
- Einzelmitglieder, die bereits einem DSB-Ortsverein angehören 15 €.

Mit der Weitergabe meiner Daten an den DSB-Bundesverband bin ich einverstanden:

☐ Ja

☐ Nein

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Jahresbeitrag per SEPA-Lastschrift von meinem Konto abgebucht wird. Meine Bankverbindung:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ Bank Name: \_\_\_\_\_

**Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.**