

A n t w o r t

(via Fax 02 02 – 24 65 220)

Deutsche Tinnitus-Liga e.V.
Postfach 21 03 51

42353 Wuppertal

Beitrittserklärung

Bitte sehr deutlich schreiben und vollständig ausfüllen.

Betroffene/r von ja nein

Schwerhörigkeit

Morbus Menière

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- als Betroffene(r); Angehörige(r) als Förderer/-in (für Fachleute)

Name und Vorname

geboren am

Anschrift

Beruf, jetzige Tätigkeit, möglichst genau evtl. früherer Beruf

Telefon

Fax

E-Mail

- Ich will die Deutsche Tinnitus-Liga e.V. (DTL) nach Kräften unterstützen und zahle deshalb bis auf schriftlichen Widerruf einen erhöhten Jahresbeitrag (pro Kalenderjahr) von _____ Euro (bei Eintritt nach dem **30. Juni** wird der **halbe Beitrag** für das Kalenderjahr fällig).
- Ich zahle den MINDESTjahresbeitrag (pro Kalenderjahr) als **Betroffene/-r/ Angehörige/-r** von **50,00 Euro** (bei Eintritt nach dem **30. Juni** wird der **halbe Beitrag** für das Kalenderjahr fällig).
- Für Fachleute:** Ich zahle den MINDESTjahresbeitrag (pro Kalenderjahr) als **Förderer/-in** von **75,00 Euro** (bei Eintritt nach dem **30. Juni** wird der **halbe Beitrag** für das Kalenderjahr fällig).
- Ich kann nur den verminderten Beitrag pro Kalenderjahr von 25,00 Euro zahlen (ab 30. Juni w.o.) (Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, etc. - monatl. Einkommensgrenze 900,00 Euro - bitte nachweisen).

(Der Austritt erfolgt schriftlich. Kündigungsfrist zwei Monate zum Jahresende)

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen zus. Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Zahlungen werden erbeten auf das Konto 70 89 100, Bank für Sozialwirtschaft Köln, BLZ 370 205 00

Einzugsermächtigung. Bitte unbedingt erteilen!

- Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Name u. Anschrift, falls abweichend zu oben

Konto-Nr.

Name des kontoführenden Instituts

BLZ

Ort, Datum

Unterschrift