



Fördermitglied Nr. _____

genehmigt am _____

(nur vom GMU e.V. auszufüllen)

Unterschrift GMU _____

An den
Gehörlosenverband München und Umland e.V.
Lohengrinstr. 11
81925 München

Fax: 089 - 99 26 98 - 11
Tel: 089 - 99 26 98 - 0
E-Mail: mitgliederverwaltung@gmu.de
www.gmu.de

Ich beantrage gemäß § 5 der Satzung folgende **GMU-Fördermitgliedschaft** des Gehörlosenverbandes München und Umland e.V. (Bedingungen siehe Preisübersicht):

Bitte gewünschte Mitgliedschaft auswählen und ankreuzen

<input type="checkbox"/> Einzel-Mitgliedschaft (90 €)	<input type="checkbox"/> Partner-Mitgliedschaft (45 €) Partnername: _____ / Mitgl.-Nr. _____
<input type="checkbox"/> Senioren-Mitgliedschaft (60 €)	<input type="checkbox"/> Senioren-Partner-Mitgliedschaft (45 €) Partnername: _____ / Mitgl.-Nr. _____
<input type="checkbox"/> Kombi Familien-Mitgliedschaft (120 €) 2 Erwachsene + 1 Kind + je weiteres Kind 5 €	<input type="checkbox"/> Kombi Familien-Mitgliedschaft (90 €) 1 Alleinerziehende + 1 Kind + je weiteres Kind 5 €
<input type="checkbox"/> Kombi Jugend-Mitgliedschaft (60 €) 18-27 Jahre	<input type="checkbox"/> Kombi Jugend-Mitgliedschaft (45 €) 14-17 Jahre
<input type="checkbox"/> Firmen + Vereine Fördermitgliedschaft A (150 €) mit Tekos	<input type="checkbox"/> Firmen + Vereine Fördermitgliedschaft B (120 €) ohne Tekos

Ich zahle den Basis-Preis: _____ € oder Ich zahle freiwillig mehr: _____ €

Bitte ausfüllen:

Ich habe die Satzung in ihrer gültigen Fassung erhalten sowie die AGB verstanden und bin einverstanden.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Faxnr., Handy-Nr., Hörstatus und Bankverbindung

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Fördermitglied - Persönliche Daten:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____

Ort _____

E-Mail _____

Fax _____

Handy _____

gehörlos

hörbehindert

hörend

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Gehörlosenverband München und Umland e.V., die Kosten für die oben ausgewählte **GMU-Fördermitgliedschaft** bis auf Widerruf bei jeweiliger Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber*in _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____