

Aufnahmeantrag

Bitte in Druckschrift vollständig ausfüllen und im Original senden an:

dgs – Dt. Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.
 LG HH - Geschäftsstelle
 Krabbenkamp 7a
 21465 Reinbek/Hamburg

Wird von der dgs e.V. ausgefüllt:

Landesgruppe: _____
 Mitglieds-Nr.: _____
 Aufgenommen ab _____
 Status (regulär/erm./Förder-Mg.) _____

Ich bitte um Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Die Satzung der dgs sieht eine Jahresmitgliedschaft vor. Wird der Mitgliedsantrag im Laufe des Jahres gestellt, kann der Bezug der Fachzeitschrift „Praxis Sprache“ nur ab der nachfolgenden Ausgabe, nicht jedoch rückwirkend, gewährleistet werden. Bereits erschienene Ausgaben des lfd. Jahres sendet Ihnen Ihre Landesgruppe gern nach, sofern verfügbar.

Die Höhe Ihres Beitrags sowie Ermäßigungskonditionen entnehmen Sie bitte der Homepage Ihrer Landesgruppe: www.dgs-ev.de/hamburg.

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Email: _____

Berufs- u. Amtsbezeichnung: _____

Fachausbildung(en), Fachrichtung(en): _____

Ausbildungsstätte: _____ von: _____ bis: _____

Anschrift dienstlich (Bezeichnung): _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Email: _____

Ihre Daten werden nach den Bestimmungen des Datenschutzes behandelt, nachzulesen hier: www.dgs-ev.de/Datenschutzerklärung.
Mit der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten gemäß o. g. Erklärung zu.

Ja, ich möchte den **Newsletter** der dgs-Bundesebene und meiner Landesgruppe erhalten.

Dem Versand an meine E-Mailadresse kann ich jederzeit per E-Mail an sprache-macht-stark@dgs-ev.de widersprechen.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die dgs e.V. widerruflich, Mitgliedsbeiträge/Förderbeiträge (*nicht Zutreffendes bitte streichen*) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der dgs e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die dgs e.V. über die Verfahrensart in geeigneter Weise unterrichten und mir die Gläubiger-Identifikationsnummer sowie die Mandatsreferenz-Nummer mitteilen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name: _____ Vorname: _____ Kontoinhaber: _____
 (falls abweichend)

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Datum, Ort: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____