

An das

Kompetenzzentrum Gebärdensprache Bayern e.V. (KOGEBÄ)

Lohengrinstr. 11

81925 München

KOGEBÄ

Kompetenzzentrum
Gebärdensprache
Bayern e.V.

Lohengrinstraße 11
81925 München

Telefon: 089 / 99 26 98 -12

kontakt@kogebe.de

www.kogebe.de

Ich beantrage gemäß § 5 der Satzung folgende **KOGEBÄ-Beiratsmitgliedschaft**

beim Kompetenzzentrum Gebärdensprache Bayern e.V. (Bedingungen siehe Preisübersicht):

Beiratsmitglied Nr. _____

genehmigt am _____

(nur vom KOGEBÄ e.V. auszufüllen)

Unterschrift **KOGEBÄ**

Bitte gewünschte Beiratsmitgliedschaft auswählen und ankreuzen

☐ Verein-Beiratsmitgliedschaft 150,00 €

für Gehörlosenverband/Gehörlosenverein

☐ Verein-Beiratsmitgliedschaft 150,00 €

für Verband/Verein mit Schwerpunkt Gebärdensprache

☐ Einzel-Beiratsmitgliedschaft 60,00 €

für Einzelpersonen Fachexpert*innen für Gebärdensprache

☐ Jugend-Beiratsmitgliedschaft 30,00 €

für Einzelpersonen bis 27 Jahre alt

☐

.....

.....

Bitte den gewünschten Beitrag auswählen und ankreuzen

oder

☐ Ich zahle den Basis-Preis: _____ €

☐ Ich zahle freiwillig mehr: _____ €

Bitte ausfüllen:

☐ Ich habe die Satzung in ihrer gültigen Fassung erhalten, die AGB unter www.kogebe.de 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, Handy-Nr., Hörstatus und Bankverbindung

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Beitragsmitglied - Persönliche Daten:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße & Hausnummer _____

Postleitzahl _____

Ort _____

E-Mail _____

Handy _____

☐ taub

☐ nicht taub

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige das Kompetenzzentrum Gebärdensprache Bayern e.V., die Kosten für die oben ausgewählte **KOGEBÄ-Beitragsmitgliedschaft** bis auf Widerruf bei jeweiliger Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber*in _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____



IBAN: DE50 7025 0150 0023 1321 94
BIC: BYLADEM1KMS

0000-0001-8679-0000