



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in die Landesarbeitsgemeinschaft und Berufsverband der Dozenten und Lehrer für Gebärdensprachen (LAG NRW e.V.):

Nachname	Vorname
----------	---------

Geburtsdatum		.		.				E-Mail-Adresse
--------------	--	---	--	---	--	--	--	----------------

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
-----------------------	-----	-----

Form der Mitgliedschaft

- Ordentliche Mitglied
 Fördermitglied

Gewünschtes Datum des Beitritts

	.		.			
--	---	--	---	--	--	--

Sind Sie beruflich als Gebärdensprachdozent*in / -lehrer*in tätig?

- NEIN
 JA

→ Falls „JA“: Welche Ausbildung haben Sie abgeschlossen? Welcher Abschluss?



→ Wo / an welchem Institut haben Sie Ihre Ausbildung absolviert?



Welche Hörstatus?

- taub / gehörlos
 schwerhörig
 ertaubt
 hörend

Einwilligungserklärung:

Die gültige Satzung kann auf der Homepage <http://www.gs-nrw.de/mitglied> eingesehen werden. Ich erkenne die Satzung der LAG NRW e.V. an. Die Mindestdauer der Mitgliedschaft beträgt 1 Jahr.

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vermittlung von Gebärdensprachkursen (Angebote und Anfragen) einverstanden.

Die Veranstaltungen der LAG NRW e.V. werden mit Bildern und Videos dokumentiert. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die LAG NRW e.V. die Foto- und Videoaufnahmen von mir für Zwecke des Ministeriums und der Öffentlichkeitsarbeit verwenden darf.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der LAG NRW e.V.: **DE31ZZZ00001165836**

Ich ermächtige die Landesarbeitsgemeinschaft und Berufsverband der Dozenten und Lehrer für Gebärdensprachen NRW e.V. (LAG NRW e.V.) Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der LAG NRW e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber	Welchen Jahresbeitrag wünschen Sie?					
	<input type="checkbox"/> 27,00 € / Jahr					
	<input type="checkbox"/> <table><tr><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table> € / Jahr (Hinweis: nur ab 27,00 €!)		.		.	
	.		.			

Kreditinstitut / Bank

IBAN	BIC
D E	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------