



AUFNAHMEANTRAG

(bitte in Blockschrift ausfüllen)

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Landesarbeitsgemeinschaft der Dozenten für Gebärdensprache NRW e.V.

Nur v. Vorstand bearbeitet

Name

Vorname

Geb.-Datum

Straße | Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Phon-Nr. (Mobil)

E-Mail-Adresse

Datum, Ort | Unterschrift

Gebärdensprachdozent/in	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn „JA“ > Abgeschlossene Ausbildung?		

Hörstatus:	<input type="checkbox"/> taub
	<input type="checkbox"/> schwerhörig
	<input type="checkbox"/> ertaubt
Eintritt	<input type="checkbox"/> hörend

ERKLÄRUNG

1. Ich bekenne mich zu der Satzung der LAG der Dozenten für Gebärdensprache NRW e.V. Die Mitgliedschaft beträgt mindestens 1 Jahr.
2. Ich bin mit der Weitergabe an Dritten zwecks der Gebärdensprachkursen einverstanden.
3. Die Veranstaltung wird ggf. in Bild und Gebärden dokumentiert. Ich bin damit einverstanden, dass Foto- und Videoaufnahmen von mir sowie meine Adressdaten für die Zwecke des Ministeriums und der LAG der Dozenten für Gebärdensprache NRW genutzt werden können.

EPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die LAG der Dozenten für Gebärdensprache NRW e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der LAG der Dozenten für Gebärdensprache NRW e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß §3 des Bundesdatenschutzgesetzes stimme ich mit meiner Unterschrift zu.

Vorname und Name des Kontoinhabers

IBAN:

BIC:

Datum, Ort

Unterschrift