

**Hessische Vereinigung zur Förderung  
hör-, lern- und sprachbehinderter Kinder e.V.**

Kruppstr. 113, 60388 Frankfurt am Main, Telefon: 069/ 40 80 70 04 , Fax: 069/ 15 34 66 66

**Aufnahmeantrag zum Erwerb der Mitgliedschaft  
(Bitte in Block- oder Maschinenschrift gut lesbar ausfüllen)**

Name : ..... Vorname : ..... geboren am : .....

Anschrift (mit PLZ) : .....

Telefon-Nr. (mit Vorwahl) : ..... Fax-Nr. (mit Vorwahl) : .....

Mein Kind (Vor und Zuname) : ..... geboren am : .....

ist ( ) hörbehindert ( ) lernbehindert ( ) sprachbehindert

und besucht die Schule : ..... in : .....

**Mitgliedsbeitrag :** Ich zahle einen **Jahresbeitrag** in Höhe von EURO ..... (**Der Mindestbeitrag pro Jahr beträgt : 20.- EURO**)

**Kündigung :** Unter Einhaltung einer vierteljährlichen Kündigungsfrist nur zum Jahresende möglich..

**Einzugs-ermächtigung:** Geldinstitut : ..... in : .....

Konto.-Inhaber : .....

Konto.-Nr : ..... BLZ : .....

Die Abbuchung soll ( ) jährlich ( ) halbjährlich erfolgen.

IBAN:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen elektronisch gespeichert werden

Datum : ..... Unterschrift : .....