

Ich habe Interesse an der Arbeit des Deutschen Schwerhörigenbundes e. V.  
und möchte den DSB unterstützen.

## Mitgliedschaft in einem DSB-Ortsverein

Vorname/Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon/ Fax:

E-Mail:

Ich möchte Mitglied werden

beim nächstgelegenen DSB Ortsverein meines Wohnortes

beim DSB Ortsverein

als  ordentliches Mitglied  förderndes Mitglied

Der DSB Bundesverband gibt meinen Antrag an den entsprechenden Ortsverein weiter. Ich erhalte von dort einen Aufnahmeantrag, die jeweilige Satzung und Informationen über die regionale Tätigkeit des Ortsvereins zugeschickt.

Ich zahle den örtlichen Beitrag direkt an den Ortsverein; eine Mitteilung hierüber und die Zahlungsmodalitäten gehen mir vom Ortsverein zu.

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Gewünschtes bitte ankreuzen.