

Antrag auf Mitgliedschaft in der Application for membership of the

EUROPÄISCHEN UNION DER HÖRAKUSTIKER e.V. (European Union of Hearing Aid Acousticians)

Die Satzung und Ehrenordnung der EUHA, die mir zugegangen sind,
erkenne ich hiermit an.

*Hereby I confirm the receipt of the Statutes and Code of Honour of the EUHA
and accept them as binding on me as a EUHA member.*

- A. **als ordentliches Mitglied*** gemäß § 3 der Satzung der EUHA (Jahresbeitrag: 250 €) /
as a full member* according to paragraph 3 of the EUHA Statutes (annual membership fee: € 250)

Name des eingetragenen Betriebs/Name of registered company

(gemäß Handwerksrolle, Handelsregistereintrag in / according to register of craftsmen, commercial register, or similar in)

- B. **als außerordentliches Mitglied*** gemäß § 3 der Satzung der EUHA (Jahresbeitrag: 60 €) /
as an associate member* according to paragraph 3 of the EUHA Statutes (annual membership fee: € 60)
- C. **als förderndes Mitglied*** gemäß § 3 der Satzung der EUHA (Jahresbeitrag ab 300 €) /
as a supporting member* according to paragraph 3 of the EUHA Statutes (annual membership fee from € 300)

Name/Last name: _____

Vorname/First name: _____

Geburtsdatum/Date of birth: _____

Firmenanschrift/Company address: _____

Straße/Street: _____

Ort/Town: _____

Bundesland/County or Federal state: _____

Land/Country: _____

Telefon/Phone: _____ Fax/Facsimile: _____

E-Mail/E-mail: _____ Internet/Website: _____

Berufliche Qualifikation/Professional qualification: _____

Nur auszufüllen von Angestellten / To be filled in by employees only

Tätigkeit als Auszubildende(r)/Geselle/Meister seit:

Employed as an apprentice/skilled worker/master craftsman since: _____

Privatanschrift/Home address:

Ort/Town: _____ Straße/Street: _____

Telefon/Phone: _____ Fax/Facsimile: _____

E-Mail/E-mail: _____ Internet/Website: _____

Postversand an/Preferred mailing address:* Privatanschrift/Home address Firmenanschrift/Company address

* Zutreffendes bitte ankreuzen/Please tick as appropriate

- Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner angegebenen personenbezogenen Daten durch die EUHA zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

- I consent to the EUHA gathering, processing, and using my personal data for membership administration purposes based on electronic data processing. I am aware that my application for membership cannot be processed without this consent.

Weitere Informationen finden Sie unter www.euha.org/impressum/datenschutzerklaerung
For further information go to www.euha.org/http://www.euha.org/legal-notice/data-privacy-policy

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. / I am aware that my application for membership cannot be processed without this consent.

(Ort/Place, Datum/Date)

(Unterschrift/Signature)

Antrag bitte im Original zusammen mit dem SEPA-Lastschriftmandat zurücksenden / Please return the original application form together with the SEPA Direct Debit Mandate
Bitte Rückseite beachten / Please turn over

Erteilung/Änderung eines SEPA-Lastschriftmandats **Authorisation for/Changing a SEPA Direct Debit Mandate**

Mitglied
Member's full name

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)
Mandate reference (membership ID)

DE18ZZZ00000265619

Gläubiger-Identifikationsnummer der EUHA
Creditor's (EUHA's) identifier

Ich ermächtige die Europäische Union der Hörakustiker e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Europäischen Union der Hörakustiker e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

I authorise the European Union of Hearing Aid Acousticians to collect payments from my account by direct debit. At the same time, I instruct my bank to debit my account with the amount collected by European Union of Hearing Aid Acousticians.

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.

Please note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited.

Vorname und Name (Kontoinhaber)
First name, second name (account holder)

Straße und Hausnummer
Street and street number

Postleitzahl und Ort
Post code and town

Kreditinstitut (Name)
Debtor bank (name)

BIC
BIC

IBAN
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift
Date, place and signature