

## 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 the European Union of Hearing Aid Acousticians.*

**Hinweis:** Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem 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*



# EUHA

Europäische Union der  
Hörakustiker e.V.

**Antrag auf Mitgliedschaft in der  
EUROPÄISCHEN UNION DER HÖRAKUSTIKER e. V.**  
*Application for membership of the 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  
as a full member\* according to paragraph 3  
of the EUHA Statutes*

\_\_\_\_\_  
Name des eingetragenen Betriebs  
*Name of registered company*

\_\_\_\_\_  
gemäß Handwerksrolle, Handelsregistereintrag  
[bitte Kopie des Dokuments beifügen]  
*according to the register of craftsmen, commercial  
register, or similar [please enclose a copy of the  
document]*

**B. als außerordentliches Mitglied\***

*gemäß § 3 der Satzung der EUHA  
as an associate member\* according to paragraph 3  
of the EUHA Statutes*

**C. als förderndes Mitglied\***

*gemäß § 3 der Satzung der EUHA  
as a supporting member\* according to paragraph 3  
of the EUHA Statutes*

**D. Probemitgliedschaft\***

*gemäß § 3 der Satzung der EUHA  
trial membership\* according to paragraph 3  
of the EUHA Statutes*

\_\_\_\_\_  
Name/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 mei-  
ner angegebenen personenbezogenen Daten durch die  
EUHA zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektroni-  
schen 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  
<https://www.euha.org/datenschutz/>  
*For further information go to <https://www.euha.org/en/privacy-policy/>*

\_\_\_\_\_  
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*

**Europäische Union der Hörakustiker e. V. (EUHA)**  
*Fachwissenschaftliche Organisation der Hörakustiker*  
**Geschäftsstelle**

**Anschrift**

Saarstraße 52  
55122 Mainz  
Deutschland

Telefon +49 (0) 61 31 28 30-0  
Telefax +49 (0) 61 31 28 30-30

Web [www.euha.org](http://www.euha.org)  
E-Mail [info@euha.org](mailto:info@euha.org)  
Facebook [www.facebook.com/EUHAeV/](https://www.facebook.com/EUHAeV/)  
Instagram [www.instagram.com/euhaev/](https://www.instagram.com/euhaev/)

**EUHA**

Europäische Union der  
Hörakustiker e.V.