

**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 in
*according to register of craftsmen, commercial
register, or similar in*

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*

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)
Geschäftsstelle

Fachwissenschaftliche Organisation der
Hörakustiker

Besucheranschrift

Neubrunnenstraße 3
55116 Mainz – Deutschland

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

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

Web www.euha.org

E-Mail info@euha.org

Facebook www.facebook.com/EUHAeV/

EUHA

Europäische Union der
Hörakustiker e.V.

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: 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

Europäische Union der Hörakustiker e. V.

Postfach 40 06

55030 Mainz

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

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

E-Mail info@euha.org

Internet www.euha.org

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 in
*according to register of craftsmen, commercial
register, or similar in*

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*

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)
Geschäftsstelle

Fachwissenschaftliche Organisation der
Hörakustiker

Besucheranschrift

Neubrunnenstraße 3
55116 Mainz – Deutschland

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

Web www.euha.org
E-Mail info@euha.org
Facebook www.facebook.com/EUHAeV/

EUHA

Europäische Union der
Hörakustiker e.V.

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: 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

Europäische Union der Hörakustiker e. V.

Postfach 40 06

55030 Mainz

Telefon

+49 (0) 61 31 28 30-0

Telefax

+49 (0) 61 31 28 30-30

E-Mail

info@euha.org

Internet

www.euha.org

EUHA

Europäische Union der
Hörakustiker e.V.