



Mitgliedsnr. (wird vom Verein eingetragen)

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für das hochbegabte Kind e.V..

Name: _____ Vorname: _____
(2. Name:) _____ (Vorname:) _____
ggf. weiteres Elternteil oder Bezugsperson des Kindes; Unterschrift nicht vergessen!
Mitglied als: [] Eltern [] Förderer [] aus beruflichen Gründen Institution: (falls zutr.) _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

[] Ich/wir zahle(n) _____ € pro Jahr (Mindestbeitrag 75,00 € pro Familie). Die Differenz zum Mindestbeitrag erhält der gekennzeichnete Regionalverein; die Mehrzahlung ist freiwillig und jederzeit kündbar.
[] Wir sind anerkannte Schule/Bildungseinrichtung und zahlen den Beitrag von 30,00 € pro Jahr.
Beginn der Mitgliedschaft: [] sofort [] ab _____
Die Beitragszahlung erfolgt per Lastschrift gemäß untenstehendem Mandat. Bei Beiträgen bis 200,00 € wird der Zahlungsbeleg als Spendenquittung anerkannt. Bei Beiträgen, die darüber hinausgehen, erhalte(n) ich/wir automatisch eine Spendenquittung. Die Satzungen der DGhK e. V. (Bundesverein) und des gewählten DGhK-Regionalvereins erkenne(n) ich/wir an. Die Mitgliedschaft schließt den kostenfreien Bezug der Vereinszeitschrift Labyrinth ein.
Ich/wir möchte(n) folgendem Regionalverein beitreten: (vorrangig nach regionaler Zugehörigkeit)
[] Baden-Württemb. [] Niedersachsen/Bremen ②
[] Bayern [] Ostwestfalen-Lippe
[] Berlin/Brandenburg [] Rhein-Ruhr
[] Bonn [] Rheinland-Pfalz/Saarland
[] Hamburg [] Sachsen/Sachsen-Anhalt
[] Hessen ① [] Schleswig-Holstein ③
[] Köln
[] Mecklenburg-Vorpommern

Angaben über meine/unsere Kinder:

Name: _____ geb. am: _____

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre(n) ich/wir hiermit das nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz erforderliche Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner/unserer personenbezogenen Daten. Die Daten werden ausschließlich für die Mitgliederverwaltung, die Vereinsarbeit auf RV- und Bundesebene sowie den Versand der Vereinszeitschrift Labyrinth verwendet. Eine ausführliche Erklärung zum Datenschutz der DGhK e. V. erhalten Sie auf Anforderung von der Geschäftsstelle oder über www.dghk.de.

Ort Datum 1. Unterschrift 2. Unterschrift (wenn zutreffend, s. o.)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die DGhK e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGhK e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die Kosten einer eventuellen Rücklastschrift werden von mir getragen.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ BIC: _ _ _ _ _ _ _ _

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Gläubiger-Identifikationsnummern: Alle Regionalvereine DE 55 ZZZ 00000 293471 außer ① Hessen: DE 57 HES 00000 314678; ② Niedersachsen/Bremen: DE 67 ZZZ 00000 426727; ③ Schleswig-Holstein: DE 42 ZZZ 00000 649501 - Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer (wird mit der Beitrittsbestätigung zugesandt)

Ort Datum Unterschrift des Kontoinhabers