**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

Name, Vorname ..................................................................

Straße ..................................................................

PLZ - Wohnort ..................................................................

Telefon/Mobil ..................................................................

Website / E-Mail ..................................................................

Geburtsdatum ..................................................................

Beruf/Tätigkeit ..................................................................

Hiermit beantrage ich die

**Ordentliche Mitgliedschaft** (natürliche Personen) **170,- € 🞎**

**Fördernde** **Mitgliedschaft** (juristische Personen) – Förderbeitrag jährlich **425,- €** **🞎**

Bei Mitgliedschaft (ordentlich+fördernd) – reduzierter Förderbeitrag jährlich **255,- €** **🞎**

bei der **Deutschen Gesellschaft für angewandte Neurodidaktik e.V. - DGND**

Die Satzung der DGND, insbesondere die §§ 3 – 6, und der Berufskodex der Weiterbildungsverbände sind mir bekannt. Ich versichere, dass ich mich entsprechend dieser Ethik-Richtlinien verhalte und arbeite. Meine Mitgliedschaft endet erst durch meine schriftliche Kündigung per Einwurf-Einschreiben bis 3 Monate zum Jahresende.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner o.a. personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung
im Wege der elektronischen Datenverarbeitung gem. Art. 6 (1) Satz 1 a DS-GVO einverstanden.

Der **jährlich zum 1.2. fällige Beitrag**
wird per Lastschrift eingezogen **🞎**

kann von mir/uns rechtzeitig **zzgl. 5%** (!) Bearbeitungsgebühr überwiesen werden **🞎**

Mein/Unser Interesse an der angewandten Neurodidaktik ist folgendes:

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

....................................... .....................................................

 Datum Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer der DGND e.V.: DE97ZZZ00000144790**

**Mandatsreferenznummer: wird vom Verband vergeben**

Erteilung einer Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige die DGND e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von sechs Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Angaben zum Kontoinhaber:**

**Kontoverbindung – Bitte ergänzen Sie die Daten.**

**Name des Kreditinstitutes:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IBAN:

BIC:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum der Unterschrift Unterschrift des Kontoinhabers

**Wichtig! Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift.**

**Hiermit teilen wir Ihnen mit, dass der Einzug für die Mitgliedschaft der SEPA-Basislastschrift mit der o.g. Mandatsreferenz von der DGND e.V. erfolgen wird. Der Mitgliedsbeitrag wird jedes Jahr einmalig zum 01.02. eingezogen.** **Sollte das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht für das Kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung. Die daraus zu Lasten der DGND entstehenden Gebühren, hat das Mitglied zu tragen.**

Diesen Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift des Kontoinhabers