

# EINTRITTSERKLÄRUNG ZUR MITGLIEDSCHAFT

in der  
Deutschen Gesellschaft für angewandte Neurodidaktik e.V. – DGND

**Adresse** Friedrichsstraße 12 in 34117 Kassel  
**E-Mail** [office@dgnd.org](mailto:office@dgnd.org) - **Web** [www.dgnd-neurolernen.de](http://www.dgnd-neurolernen.de)  
**Steuernummer.** 025/250/52978

## 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