



## Aufnahmeantrag Berufsverband der AudiologieAssistenten e.V.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Berufsverband der AudiologieAssistenten e.V. (BAA).

### **Persönliche Angaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ausbildung zum: \_\_\_\_\_ Im Beruf tätig seit: \_\_\_\_\_

### **Mitgliedsbeiträge:**

Erwachsener (Beitrag € 35,00)

Ermäßigter Beitrag (Azubis, bei sozialer Notlage auf Antrag) (Beitrag € 17,50)

**(Die angegebenen Beträge sind Jahresbeiträge.)**

### **Datenschutzklausel:**

Der Berufsverband der AudiologieAssistenten e.V. sichert zu, dass ihm die jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften bekannt sind und er mit der Anwendung dieser vertraut ist. Er sichert ferner zu, dass er die bei der Durchführung der Arbeiten beschäftigten Personen mit den für sie maßgeblichen Bestimmungen des Datenschutzes vertraut macht und diese auf das Datengeheimnis i.S.d. § 5 BDSG verpflichtet werden. Sofern der Auftragnehmer im Zusammenhang mit Leistungen für den Auftraggeber an der Erbringung geschäftsmäßiger Telekommunikationsdienste mitwirkt, ist er verpflichtet, die hieran beteiligten Beschäftigten schriftlich auf das Fernmeldegeheimnis i.S.d. § 88 TKG zu verpflichten.

**Mit dem Antrag auf Aufnahme in den Berufsverband der AudiologieAssistenten e.V. (BAA) wird die Satzung des BAA (in ihrer aktuell gültigen Fassung) anerkannt. Mit der Speicherung und Verwendung meiner Daten durch den BAA bin ich einverstanden.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **SEPA-Lastschriftmandat**

Berufsverband der Audiologie Assistenten e.V., Am Weidenschlag 33, 67071 Ludwigshafen

### **SEPA-Lastschriftmandat**

**Ich ermächtige den Berufsverband der AudiologieAssistenten e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der AudiologieAssistenten e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC) \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

---

Datum, Ort und Unterschrift