

# EINTRITTSERKLÄRUNG ZUR PROBEMITGLIEDSCHAFT

in der

Deutschen Gesellschaft für angewandte Neurodidaktik e.V. – DGND  
(früher Deutsche Gesellschaft für suggestopädisches Lehren- und Lernen e.V.-DGSL)

**Adresse** Friedrichsstraße 12 in 34117 Kassel

**E-Mail** [dialog@dgs.de](mailto:dialog@dgs.de) **Web** [www.dgs.de](http://www.dgs.de)

**Steuernummer.** 025/250/52978

## BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Name, Vorname .....

Straße .....

PLZ - Wohnort .....

Telefon/Fax .....

Website / E-Mail .....

Geburtsdatum .....

Beruf/Tätigkeit .....

Hiermit beantrage ich die

### **Probemitgliedschaft für das Jahr 2022**

**85,- €**

Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch, wenn nicht bis zum 30.09.2022 schriftlich gekündigt wird.

### **Ordentliche Mitgliedschaft**

**170,- €**

### **Fördernde Mitgliedschaft** (jur. 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 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 15.2. fällige Beitrag**

kann per Lastschrift eingezogen werden

wird von mir/uns rechtzeitig überwiesen

Ich habe bereits eine Suggestopädie Ausbildung bei \_\_\_\_\_ absolviert.

Mein/Unser Interesse an der angewandten Neurodidaktik ist folgendes:

.....

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## **SEPA-Lastschriftmandat**

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

**Mandatsreferenznummer: wird vom Verband vergeben**

Erteilung einer Einzugsermächtigung:

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

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.

**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 2023 der SEPA-Basislastschrift mit der o.g. Mandatsreferenz von der DGSL/DGND e.V. erfolgen wird. Der Mitgliedsbeitrag wird jedes Jahr einmalig zum 15.02. eingezogen. Sollte das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht für das Kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung. Eventuell daraus zu Lasten der DGSL entstehende Gebühren, werden von mir übernommen.**