



**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe auf [www.tba-verband.de](http://www.tba-verband.de)**

Ich bin aktives Mitglied im **Taubblinden-Assistenz-Verband e. V.** und möchte auf der Homepage eingetragen werden.

**Folgende Daten werden benötigt:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

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

Telefon (freiwillig): \_\_\_\_\_

Handy (freiwillig): \_\_\_\_\_

Hörstatus (freiwillig): ☐ hörend ☐ schwerhörig ☐ gehörlos

Krankenkassen-Symbol (nur, wer auf der Krankenkassen-Liste steht!): ☐ ja ☐ nein

Foto: ☐ ja ☐ nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

**Zur Information:**

**ACHTUNG: Mitglieder, die auf der Krankenkassen-Liste stehen, stehen NICHT automatisch auf der Homepage!**

Das Foto wird mit dem Webmaster abgesprochen. Schreibe an [webmaster@tba-verband.de](mailto:webmaster@tba-verband.de)