

Blinden- und Sehbehindertenverein Erftkreis e.V.
Hedi Hoßdorf
Oberweg 15
50169 Kerpen-Türnich

Antrag zur Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Blinden- und Sehbehindertenverein Erftkreis e.V.

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum u. Ort: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon Festnetz / Mobil: _____
E-Mail Adresse: _____

Angaben zur Sehbehinderung / Erblindung

- Ich bin sehbehindert Ich bin Blind
 Ich erhalte Hilfe für hochgradig Sehbehinderte Ich erhalte Blindengeld
 Ich bin Diabetiker Grad der Behinderung _____ %
Weiter Behinderungen _____

Bitte Kopie des Behindertenausweises beifügen

Jahresbeitrag

Erwachsen z.Z. 75,- € Kinder, Jugendliche u. Arbeitslose z.Z. 37,50 €

Hundehaftpflichtversicherung für Führhunde z.Z. 33,20 €

Anmeldung nur mit Angaben zum Führhund möglich!

Angaben zum Führhund

Rasse des Hundes _____ Name des Hundes _____

Angaben zur Vereinszugehörigkeit

Eintrittsdatum: 01. _____ 20 _____

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die satzungsmäßigen Voraussetzungen (Sehvermögen 3/10) zur Aufnahme als ordentliches Mitglied erfülle. Den jeweils gültigen Jahresbeitrag zahle ich per Einzugsermächtigung. (Einzugsermächtigung anbei)

Mir ist versichert worden, dass die gemachten Angaben nur für Verbands- bzw. Vereinszwecke im Blinden- und Sehbehindertenverein gespeichert, verarbeitet und genutzt werden und stimme einer entsprechenden Datenverwertung ausdrücklich zu.

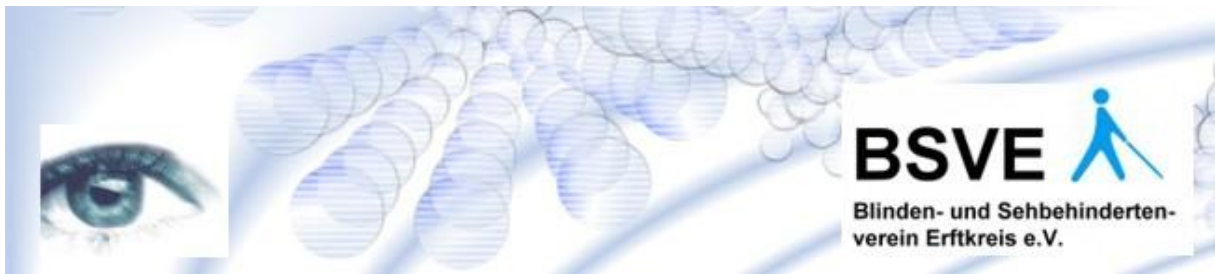
Ich bin auch damit einverstanden das meine Adresse und Telefonnummer unter den Vereinsmitgliedern ausgetauscht wird.

_____,den _____

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. gesetzlichen Vertreters



Blinden- und Sehbehindertenverein Erftkreis e.V.

Heiko Grimm, Clemensstraße 39, 53225 Bonn

Einzugsermächtigung

Name, Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

erteilt für den: Blinden- und Sehbehindertenverein Erftkreis e.V.

Zweck: Mitgliedsbeitrag / Fördermitgliedsbeitrag / Versicherungsbeitrag

Ich ermächtige Sie hiermit jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Girokontos mit Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Meine Kontoverbindung lautet:

Geldinstitut _____

Bankleitzahl _____ Konto-Nummer _____

_____,den _____

Ort

Datum

Unterschrift