

Blinden- und Sehbehindertenverein Erftkreis e.V.

Agnes Hilgers

Im Hirschend 1

50189 Elsdorf

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 Schwerbehindertenausweises, sowie einen Nachweis dass das Sehvermögen nicht mehr als 1/30 beträgt, beifügen.

Jahresbeitrag

Erwachsen z.Z. 60,- € Kinder und Jugendliche z.Z. 30,- €

Hundehaftpflichtversicherung für Führhunde z.Z. 47,- €

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 Lastschrift. (SEPA-Lastschriftmandat 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.

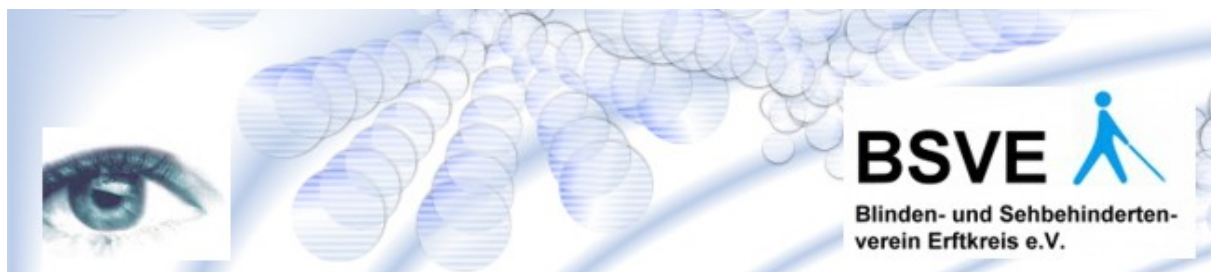
Ich bin auch damit einverstanden das meine Adresse und Telefonnummer unter den Vereinsmitgliedern ausgetauscht wird.

_____,den _____

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. gesetzlichen Vertreters



Blinden- und Sehbehindertenverein Erfthkreis e.V.

Agnes Hilgers, Im Hirschend 1, 50189 Elsdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06BSV00000828532

Mandatsreferenz _____
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Blinden- und Sehbehindertenverein Erfthkreis e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Blinden- und Sehbehindertenverein Erfthkreis e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name, Vorname (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

IBAN-Nummer _____

BIC-Nummer _____ Geldinstitut _____

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift