

Fragebogen zur Aufnahme als ordentliches Mitglied als förderndes Mitglied

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

PLZ, Ort _____ Straße: _____

Telefon / E-Mail: _____

Grad der Sehbehinderung:

sehbehindert hochgradig sehbehindert blind

Ursache und Art der Sehbehinderung: _____

Beziehen Sie Blindengeld oder Sehbehindertengeld?
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises? ja nein
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn ja, Aktenzeichen (AZ):

Beherrschen Sie die Blindenschrift? ja nein

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme in den Blinden- und Sehbehindertenverband Sachsen-Anhalt e.V. und versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Gleichzeitig erkenne ich die Satzung und somit auch die Kündigungsfrist der Mitgliedschaft ausschließlich zum Ende eines Kalenderjahres an. Meine Mitgliedsbeiträge werde ich entsprechend den Festlegungen entrichten.

Ich bin damit einverstanden, dass mit meinen zu schützenden personenbezogenen Daten nach den Vorschriften des BDSG in der derzeit gültigen Fassung in meinem Sinne gearbeitet werden darf.

Ich bin einverstanden, dass die Aufnahmegebühr von 3,00 Euro beim ersten Lastschriftzug des Beitrages mit abgebucht wird.

Datum und Ort: _____ Unterschrift: _____

Verbandsintern:

Datum der Aufnahme: _____

BZG _____ Rg _____ SHG _____

Stempel und Unterschrift:

SEPA-Lastschriftenmandat

Blinden- und Sehbehindertenverband Sachsen-Anhalt e.V.
Hanns-Eisler-Platz 5, 39128 Magdeburg,

Gläubigeridentifikationsnummer: DE96ZZZ00000407290

Mandatsreferenznummer (DBSV Mitgliedsnummer)

Name und Vorname (Kontoinhaber und Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Blinden- und Sehbehindertenverband Sachsen-Anhalt e.V. den gültigen Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift jährlich

im Januar

Februar

März einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Blinden- und Sehbehindertenverband Sachsen-Anhalt e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut:.....

BIC _ _ _ _ _ | _ _ _ _

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum und Unterschrift

Verbandsintern:

Die Aufnahme von Herr/Frauwurde abbestätigt.

Er/sie ist ordentliches Mitglied

Fördermitglied

Unterschrift des (ehrenamtlichen) Mitarbeiters: