



## Fragebogen zur Aufnahme

als ordentliches Mitglied

als förderndes Mitglied

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name gesetzl. Vertreter Vorname gesetzl. Vertreter geb. am: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

Grad der Sehbehinderung:

sehbehindert

hochgradig sehbehindert

blind

Ursache und Art der Sehbehinderung: \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Blindengeld   
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

oder Sehbehindertengeld?

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

ja  nein

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 Lastschrifteinzug 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 (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

im  Februar

im  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/Frau .....wurde ab .....bestätigt.

Er/sie ist ordentliches Mitglied  Fördermitglied

---

Unterschrift des (ehrenamtlichen) Mitarbeiters:

---