**Beitrittserklärung zum Blinden- und Sehbehindertenbund in Hessen e. V.**



□ Frau □ Herr

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

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: dienstlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ich möchte meine Post erhalten in: □ Normalschrift □ Großdruck   
□ Punktschrift □ E-Mail (bitte bei E-Mail zusätzlich eine Alternative ankreuzen)

Waren Sie bereits Mitglied in einem DBSV Landesverein?

□ Ja, seit: \_\_\_\_\_\_\_\_ im: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Nein

□ Blind □ Sehbehindert:

Augenerkrankung(en): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hörbehinderung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Blindenführhund: □ Ja □ Nein

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Blinden- und Sehbehindertenbund in Hessen e.V. (BSBH) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BSBH auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Mitgliedsbeitrag bitte abbuchen von: (Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschrift-verfahren nicht vorgenommen. Die bei einer Rückbelastung entstehenden Gebühren trägt der Zahlungspflichtige in voller Höhe.

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung digital gespeichert und für die Erfüllung satzungsmäßiger Zwecke (insbesondere zur Beratung, Information und Rehabilitation) des Blinden- und Sehbehindertenbundes in Hessen e. V. verwendet werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/ Datum Unterschrift

Wird vom BSBH ausgefüllt

Bezirksgruppe Datum aufgenommen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91\_\_\_\_\_00000015791

Blinden- und Sehbehindertenbund in Hessen e.V. • Eschersheimer Landstraße 80 •  
60322 Frankfurt am Main • Telefon: 069 / 15 05 96 -6 • Fax: 069 / 15 05 96 -77 •

[info@bsbh.org](mailto:info@bsbh.org) • [www.bsbh.org](http://www.bsbh.org) •

Bank für Sozialwirtschaft AG, Mainz, Konto 7 029 300, BLZ 550 205 00

IBAN: DE80 5502 0500 0007 0293 00, BIC: BFSWDE33MNZ