

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

Bitte NUR in Druckbuchstaben ausfüllen

oder nutzen Sie unser Online-Formular unter:

<https://www.bsbh.org/ueber-uns-bsbh/mitglied-werden/>

☐ Frau ☐ Herr ☐ divers

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ/Ort: ____ ____ ____ ____ ____ _____

Geburtsdatum: ____ ____ . ____ ____ . ____ ____ ____ ____

Tel. (privat): _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Der BSBH verschickt seine Post per E-Mail!

Zusätzlich können Sie Ihre Post erhalten in:

☐ Schwarzschrift ☐ Punktschrift

wir wollen gesehen werden

BLINDEN SEHBEHINDERTEN BUND



Blickpunkt Auge

Rat und Hilfe bei Sehverlust

Ein Angebot des BSBH

Augenerkrankung(en): _____

Seheinschränkung:

☐ blind ☐ hochgradig sehbehindert

☐ sehbehindert ☐ sehend

Hörbehinderung: ☐ ja ☐ nein

Blindenführhund: ☐ ja ☐ nein

Ort/ Datum

Unterschrift

**Wir begrüßen Sie herzlich als neues Mitglied im
hessischen Blinden- und Sehbehindertenbund !**

**Die Bearbeitung Ihrer Anmeldung dauert 2 - 3 Wochen.
Danach erhalten Sie Post von uns.**

wir wollen gesehen werden

BLINDEN SEHBEHINDERTEN BUND



Blickpunkt Auge

Rat und Hilfe bei Sehverlust

Ein Angebot des BSBH

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Blinden- und Sehbehindertenbund in Hessen e. V. (Zahlungsempfänger) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 7,00 € monatlich und soll einmal jährlich als Gesamtbetrag von folgendem Konto abgebucht werden:

Kontoinhaber*in: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: DE _ _ _ _ _

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