

Aufnahmeantrag

Datum:

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den
Blinden- und Sehbehindertenverein Bremen e. V.
Schwachhauser Heerstraße 266
28359 Bremen

☐ als ordentliches Mitglied
☐ als Fördermitglied

☐ Frau
☐ Herr

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Telefon:

E-mail:

Geboren am:

Sehvermögen:

Ich habe ein Restsehvermögen von weniger als 3 / 10 oder eine entsprechende Gesichtsfeldeinschränkung.

☐ Ja
☐ Nein

Ich bin / war vorher Mitglied des folgenden Landesvereins des Deutschen Blinden -
und Sehbehindertenverbandes:

☐ Ja
☐ Nein

Mitgliedschaft von bis

Bitte fügen Sie den Nachweis bei.

Die „**Rundschreiben**“ des Blinden- und Sehbehindertenvereins wünsche ich

- ☐ in Schwarzschrift
- ☐ auf CD (DBSV – inform)
- ☐ in Punktschrift für taubblinde Menschen
- ☐ als E-mail

Ich übe keinen / folgenden Beruf aus:

Der **Mitgliedsbeitrag** für ordentliche Mitglieder beträgt 120,-- € im Jahr
Heimbewohner sowie Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet
haben zahlen nur den halben Mitgliedsbeitrag (60,-- € im Jahr).
Die fördernden Mitglieder zahlen einen in ihr Ermessen gestellten Förderbeitrag, der
mindestens die Hälfte des Jahresbeitrages der ordentlichen Mitglieder beträgt.

Ich nehme am SEPA-Lastschriftverfahren teil. (Extra - Formular folgt)

- ☐ Jährlich (die Abbuchung erfolgt jeweils zum 1. April eines Jahres)
- ☐ Halbjährlich (die Abbuchung erfolgt jeweils zum 1. April und
1. Oktober eines Jahres)

Die **Satzung** des Blinden- und Sehbehindertenvereins Bremen e.V. möchte ich
außer in Schwarzschrift zusätzlich

- ☐ auf CD
- ☐ als E-mail
- ☐ in Punktschrift (für taubblinde Menschen / hörsehbehinderte Menschen)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Geburts- und Eintrittsdatum in
Publikationen des Blinden- und Sehbehindertenvereins Bremen aus Anlass meines
Geburstages und der Dauer meiner Mitgliedschaft veröffentlicht werden.

- ☐ ja
- ☐ Nein

**Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur schriftlich mit einer Frist von einem
Monat jeweils zum Jahresende möglich.**

Bremen, den Unterschrift:

Angehörige: _____