

Beitrittserklärung

Nachname _____ Ich bin
Vorname _____ ☐ blind
Geburtsdatum _____ Titel _____ ☐ sehend
PLZ _____ Ort _____ ☐ sehbehindert
Adresse _____
Telefonnummer _____ E-Mail _____
Wichtige Zuschriften bevorzugt per ☐ E-Mail ☐ Postversand/Schwarzdruck
Newsletter und Infos ☐ Newsletter per Mail ☐ Infos per Telefon ☐ keine

- ☐ **Mitgliedschaft**, Beitrag 35 Euro pro Kalenderjahr (bis 18 Jahre gratis)
☐ **Studentenermäßigung**, Beitrag 28 Euro pro Kalenderjahr

Die Mitgliedschaft gilt immer für das gesamte Kalenderjahr. Der Mitgliedsbeitrag ist immer für das neue Kalenderjahr bis spätestens 10. Februar zu bezahlen, oder binnen 4 Wochen nach Eintritt. Eine Beendigung der Mitgliedschaft muss mindestens 2 Monate vor dem Jahresende schriftlich beim Vorstand erfolgen.

Aktive Unterstützung bei Vereinsveranstaltungen ☐ Ja ☐ Nein ☐ vielleicht

Bitte bedenken Sie, dass eine Unterstützung des Vereins ausnahmslos ehrenamtlich erfolgt, sie ist keinesfalls einer Arbeitsanstellung gleichzusetzen. Es besteht kein Anspruch auf Entlohnung.

☐ Ich erkläre mich mit den Statuten des Vereins Blickkontakt einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

*Wir freuen uns über Sie, und dass auch Sie mithelfen wollen, unsere Ziele zu verwirklichen.
Im Namen des gesamten Blickkontakt-Teams und auch aller Mitglieder: Herzlichen Dank!*

Lfd. MNr _____ Eingelangt _____ Bestätigung _____