**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich ab **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Mitglied des Blinden- und Sehbehindertenvereines für das Saarland e. V. werden möchte.

Name:

Vorname:

geboren am:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

beschäftigt als:

 bei:

E-Mail-Adresse:

Sind Sie vollblind (VB)

oder haben Sie noch einen Sehrest (SR)? VB [ ]  SR [ ]

Beziehen Sie Blindheitshilfe? Ja [ ]  Nein [ ]

Beherrschen Sie Blindenschrift? Ja [ ]  Nein [ ]

Möchten Sie bei der Blindenhörbücherei Ja [ ]  Nein [ ]

angemeldet werden? (zutreffendes bitte ankreuzen)

 (Ort, Datum)(Unterschrift)

Mitgliedsbeitrag: z. Z. 66 €/Jahr; bei Eintritt in der 2. Jahreshälfte: 33 €,

bis zum Alter von 18 Jahren sind Kinder beitragsfrei.

Sparkasse Saarbrücken, IBAN: **DE97 5905 0101 0000 0861 57**