



Antrag auf Mitgliedschaft im Projekt **Projekt Blinden Vision e.V.**

Name:

Strasse:

PLZ, Ort

E-Mail:

mit jährlicher Beitragszahlung

Mindestbeitrag 20 € pro Jahr

Anderer Betrag: €

mit monatlicher Beitragszahlung von €

Ort, Datum: Unterschrift:

Einzugsermächtigung und SEPA Lastschriftmandat:

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.

Hiermit bevollmächtige ich den Verein **Projekt Blinden Vision e.V.**,
den o.g. Betrag von meinem Konto abzubuchen (Name wie oben)

Kreditinstitut:

IBAN: BIC:

Ort, Datum: Unterschrift:



Bitte senden Sie dieses Formular an:

Bernd Wagner, Gumpfenberg 4, 86554 Pöttmes

E-Mail: kontakt@blindenvision.de

Eine Beendigung der Mitgliedschaft ist jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich