

### Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme in den Achromatopsie Selbsthilfeverein e.V.

- Einzelmitglied: 20,- €/Jahresbeitrag
- Familienmitgliedschaft: 30,- €/Jahresbeitrag
- Fördernde Mitglieder: Bitte Beitrag festlegen: \_\_\_\_\_ €/Jahresbeitrag
- nur Datenänderung/-ergänzung: Ich bin/wir sind bereits Mitglied

Ich bin/Wir sind:		Betroffene(r)	Angehörige(r)
Einzelmitglied	Name, Vorname:	r	r
	Geburtsname:		
	Geburtsdatum:		
1. Elternteil	Name, Vorname:	r	r
	Geburtsname:		
	Geburtsdatum:		
2. Elternteil	Name, Vorname:	r	r
	Geburtsname:		
	Geburtsdatum:		
1. Kind	Name, Vorname:	r	r
	Geburtsdatum:		
2. Kind	Name, Vorname:	r	r
	Geburtsdatum:		
3. Kind	Name, Vorname:	r	r
	Geburtsdatum:		
Weitere Kinder ggf. Rückseite			
Fördermitglied	Bezeichnung:		
	1. Ansprechpartner		
	2. Ansprechpartner:		
Anschrift (bei Privatpersonen private Anschrift):			
Telefon:			
Ggf. Mobiltelefon:			
Ggf. Fax:			
e-mail:			

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

( Ort, Datum und Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers, bei Firmen, Behörden und Institutionen bitte auch Stempel)

#### Achromatopsie Selbsthilfe e.V.

-gemeinnütziger Verein-

Vereinsregister VR 0726,  
Amtsgericht Dorsten

c/o Dr. Olav Hagemann  
Kerkheck 14 ,  
46286 Dorsten  
hagemann@achromatopsie.de

#### Vorstand:

1. Vorsitzender:  
Dr. med. Olav Hagemann

2. Vorsitzender:  
RA Volker Gerrlich

Schriftführerin:  
Claudia Gerrlich

Kassierer:  
Klaus Fischer

#### wissenschaftlicher Beirat des Vereins:

Prof. Barbara Käsmann,  
Universität Homburg,  
Bereich: klinische Diagnostik,  
low-vision

Dr. Berndt Wissinger,  
Universitätsaugenklinik  
Tübingen,  
Bereich: Wissenschaft und  
Genetik

Klaus Plum,  
Optiker Herne,  
Bereich: Heil- und Hilfsmittel,  
low-vision

#### Weitere (Fach-) Informationen:

[www.achromatopsie.de](http://www.achromatopsie.de)

#### Konto:

Kto: 811654200  
BLZ: 400 697 09

Antwort mit dieser Seite in einen Fensterumschlag stecken!

Achromatopsie Selbsthilfe e.V.  
c/o Dr. Olav Hagemann  
Kerkheck 14

46286 Dorsten

### Einzugsermächtigung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Sie bis auf Widerruf den zu entrichtenden Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € (siehe umseitig) für den „Achromatopsie Selbsthilfeverein e .V.“ bei Fälligkeit von meinem Konto per Lastschrift einziehen.

Name: ..... Vorname: .....

BLZ: ..... Konto-Nr.: .....

Geldinstitut: .....

Kontoinhaber: .....

Hinweis: Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das Geldinstitut (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum ..... Unterschrift .....

Hinweis: Bezugnehmend auf das Schreiben des Finanzamtes Gladbeck vom 18.4.2006 StNr. 320/5808/0721 sind Spenden und Mitgliedsbeiträge für die Achromatopsie-Selbsthilfe e.V. steuerlich abzugsfähig (Gemeinnützigkeit)!

### Achromatopsie Selbsthilfe e.V.

-gemeinnütziger Verein-

Vereinsregister VR 0726,  
Amtsgericht Dorsten

c/o Dr. Olav Hagemann  
Kerkheck 14 ,  
46286 Dorsten  
hagemann@achromatopsie.de

#### Vorstand:

1. Vorsitzender:  
Dr. med. Olav Hagemann

2. Vorsitzender:  
RA Volker Gerrlich

Schriftführerin:  
Claudia Gerrlich

Kassierer:  
Klaus Fischer

#### wissenschaftlicher Beirat des Vereins:

Prof. Barbara Käsmann,  
Universität Homburg,  
Bereich: klinische Diagnostik,  
low-vision

Dr. Berndt Wissinger,  
Universitätsaugenklinik  
Tübingen,  
Bereich: Wissenschaft und  
Genetik

Klaus Plum,  
Optiker Herne,  
Bereich: Heil- und Hilfsmittel,  
low-vision

#### Weitere (Fach-) Informationen:

[www.achromatopsie.de](http://www.achromatopsie.de)

#### Konto:

Kto: 811654200  
BLZ: 400 697 09