

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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsname:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Elternteil	Name, Vorname:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsname:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Elternteil	Name, Vorname:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsname:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	Name, Vorname:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	Name, Vorname:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	Name, Vorname:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 13726, Amtsgericht Gelsenkirchen

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

Vorstand:

1. Vorsitzender:
Dr. med. Olav Hagemann

2. Vorsitzender:
Hans-Werner Merkelbach

Schriftführer:
Thomas Schmidt

Beisitzer/Regionalleiter (RL):

Michaela Bautz
Thomas Bernhard

Rene Hippchen (RL Ost)
Karl Dix (RL Nord)
Tina Luxenburger (RL Süd)
Thomas Schmidt (RL West)
Alexandra Winkelbauer (RL A)
Cornelia Wyss (RL CH)

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

Konto:

IBAN: DE82 4006 9709
0811 6542 00

BIC: GENODEM1DLR
Volksbank
Lembeck-Rhade eG

Bitte diese Seite urschriftlich zurück !

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

46286 Dorsten

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42ZZZ00000248212

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Achromatopsie Selbsthilfe e. V., Zahlungen meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Achromatopsie Selbsthilfe e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE _ _ _ _ _
IBAN

Ort, Datum und Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedsbeiträge von

Vorname und Name

Hinweis: Bezugnehmend auf das Schreiben des Finanzamtes Marl vom 30.07.2013 St-Nr. 359/5733/3993 sind Spenden und Mitgliedsbeiträge für die Achromatopsie-Selbsthilfe e.V. steuerlich abzugsfähig (Gemeinnützigkeit)!