

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	Nach-Vorname		
	Geburtsname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum		
1. Elternteil	Nach-Vorname		
	Geburtsname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum		
2. Elternteil	Nach-Vorname		
	Geburtsname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum		
1. Kind	Nach-Vorname		
	Geburtsname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum		
2. Kind	Nach-Vorname		
	Geburtsname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum		
3. Kind	Nach-Vorname		
	Geburtsname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum		
Weitere Kinder ggf. auf der Rückseite oder manuell mitteilen			
	Bezeichnung		
Fördermitglied	1. Ansprechpartner		
	2. Ansprechpartner		
Anschrift (bei Privatpersonen die private Adresse)			
Telefon / Mobiltelefon		/	
Emailadresse			

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

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

Achromatopsie Selbsthilfe e.V.

-gemeinnütziger Verein-

Vereinsregister VR 13726,
Amtsgericht Gelsenkirchen

c/o Weigel Büroservice GmbH
Dillenweg 26 ,
46286 Dorsten
achromatopsie@online.de

Vorstand:

1. Vorsitzender:
Hans-Werner Merkelbach

2. Vorsitzender:
Cem Demircan

Schriftführer:
Thomas Schmidt

wissenschaftlicher Beirat des Vereins:

Dr. Olav Hagemann

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.org

Konto:

IBAN:
DE82 4006 9709 0811 6542 00
BIC:
GENODEM1DLR
Volksbank, Lembeck-Rhade eG

Bitte diese Seite urschriftlich zurück

Achromatopsie Selbsthilfe e.V.
Hans-Werner Merkelbach
Graf-Recke-Str. 160

40237 Düsseldorf

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 / Ort	/
Kreditinstitut (Name und Ort)	
IBAN	
BIC	

Ort, Datum	Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedsbeiträge von	Vorname Name	
--	-----------------	--

Hinweis:

Bezugnehmend auf das Schreiben des Finanzamtes Marl vom 30.11.2016 St-Nr. 359/5733/3993 sind Spenden und Mitgliedsbeiträge für die Achromatopsie-Selbsthilfe e.V. steuerlich abzugsfähig (Gemeinnützigkeit)!