



**Arbeitsgemeinschaft der Eltern
blinder und hochgradig sehgeschädigter Kinder**

im Rheinland e.V.
Sitz Köln
Rosa-Schubert-Strasse 8
52372 Kreuzau
Telefon (02422) 502661
Postbank Köln 233 636-505
(BLZ 37010050)

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt als Mitglied.

Den Jahresbeitrag vonEuro (min. 24,00 Euro) bitte ich von meinem Konto abzubuchen.
(wenn beide Elternteile Mitglied sind, ist der Jahresbeitrag nur einmal zu zahlen)

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

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

Straße:..... Ort:.....

Telefon:..... eMail:.....

.....

(Ort / Datum)

.....

(Unterschrift / en)

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden
Jahresbeitragszahlungen
bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres nachstehenden Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Konto Nr.:..... Kreditinstitut:.....

Bankleitzahl:.....

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden
Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....

(Ort / Datum)

.....

(Unterschrift / en)