

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich unterstütze Blick-Kontakt e. V. als

Mitglied mit einem Mindestbeitrag von 20 EUR im Jahr

Fördermitglied mit einem Mindestbeitrag von 20 EUR im Jahr

Frau Herr

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

* Telefon * Fax

* E-Mail

Angaben zu meiner Person

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Ich bin beschäftigt als

Ich bin gehörlos hörgeschädigt hörend

Angaben zur Beitragszahlung

Ich überweise meinen Betrag selbst Ich überweise per Einzugsermächtigung

Angaben zum Mitgliedsverhältnis

Mit der Antragstellung erkenne ich die Satzung an. Meine Daten dürfen für vereinsinterne Zwecke erfasst und gespeichert werden ja nein

Ort, Datum Unterschrift

* freiwillige Angabe