



# Lippischer Blinden- und Sehbehindertenverein e.V.

Wissen, wie es geht.

# Herzlich willkommen

# Aufnahmeantrag

Lippischer Blinden- und Sehbehindertenverein e.V.  
Kiefernweg 1  
32758 Detmold

Gemäß § 4 der Satzung des Lippischen Blinden- und Sehbehindertenverein e.V. (LBSV)  
kann jede natürliche oder juristische Person Mitglied des LBSV werden.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Lippischen Blinden- und Sehbehindertenverein e.V.

## Persönliche Daten:

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

## Gesetzlicher Vertreter (im Bedarfsfall):

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung digital gespeichert und für die Erfüllung satzungsmäßiger Zwecke des LBSV verwendet werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift



Lippischer Blinden- und  
Sehbehindertenverein e.V.  
Wissen, wie es geht.

## Einzugsermächtigung

Für das Mitglied \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den Lippischen Blinden- und Sehbehindertenverein (LBSV) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom LBSV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung.  
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.  
Die bei einer Rückbelastung entstehenden Gebühren trägt der Zahlungspflichtige in voller Höhe.

Ort, Datum

Unterschrift