



Herzlich  
willkommen!

## Antrag

auf ordentliche Mitgliedschaft



# Aufnahmeantrag



Bayerischer Blinden- und  
Sehbehindertenbund e.V.

An den  
**Bayer. Blinden- und  
Sehbehindertenbund e.V.**

Landesgeschäftsstelle  
Arnulfstr. 22  
80335 München

Bezirksgruppe:

---

Gemäß § 5 Absatz 1 der Satzung des Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbundes e.V. (BBSB) kann jede nicht nur vorübergehend blinde oder sehbehinderte Person mit einer Sehschärfe (Visus) bis einschließlich 3/10 auf dem besseren Auge oder einer krankhaften Veränderung von entsprechendem Schweregrad ordentliches Mitglied des Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbundes werden. Sie muss ihren ständigen Wohnsitz in Bayern haben.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. und erkläre, dass die Voraussetzungen des § 5 der Satzung für meine Person zutreffen.

## Persönliche Daten:

\_\_\_\_\_  
**Familienname**

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**geboren am**

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
**Telefon** privat

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

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

### Wohnanschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Ortsteil/Gemeinde

### Zweite Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Ortsteil/Gemeinde

### Gesetzlicher Vertreter:

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

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

## Kostenlose akustische Vereinszeitschrift

Ich wünsche den kostenlosen Bezug der akustischen Vereinszeitschrift des BBSB „Die Bayernrundschau“ auf CD im DAISY-Format

Ja  Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung digital gespeichert und für die Erfüllung satzungsmäßiger Zwecke (insbesondere zur Beratung, Information und Rehabilitation) des BBSB verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

## Als Nachweis über meine Erblindung bzw. wesentliche Sehbehinderung lege ich vor:

- Augenärztliches Attest vom \_\_\_\_\_
- Blindengeldbescheid des Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) vom \_\_\_\_\_
- Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen BL vom \_\_\_\_\_
- einen anderen amtlichen Nachweis und zwar:  
\_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf den BBSB aufmerksam geworden:

- ZBFS  Presse  Augenarzt  
 Sehbehindertenambulanz  Internet  
 von Mitglied/anderer Person:

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

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbund e.V. (Zahlungsempfänger) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Mitglieds- oder Spendenbeitrag) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen:

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers, falls abweichend

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

**Nur vom BBSB auszufüllen:**

**Stellungnahme der Bezirksgruppenleitung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Entscheidung der/des Landesvorsitzenden:**

- Dem Antrag wird entsprochen
- Der Antrag wird abgelehnt

**Begründung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Der Antragsteller ist**

- blind** im Sinne von Artikel 1 Bay. Blindengeldgesetz
- hochgradig sehbehindert (Visus 1/50 bis 1/20 auf dem besseren Auge oder gleichartige Sehbeeinträchtigung)
- wesentlich sehbehindert** (1/20 bis 3/10 auf dem besseren Auge oder gleichartige Sehbeeinträchtigung)

Im Zweifelsfall entscheidet gemäß § 5 Absatz 3 der Satzung der/die Landesvorsitzende über die Aufnahme.

Dem/der Landesvorsitzenden sind Aufnahmeanträge mit allen Unterlagen zur Entscheidung vorzulegen bei einem Sehvermögen im Grenzbereich um 3/10.

- Dem Antrag wird entsprochen
- Der Antrag wird abgelehnt
- Der Antrag wird gemäß § 5 Absatz 3 der Satzung zur Entscheidung weitergeleitet an den Landesvorsitzenden

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Landesvorsitzenden \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Bezirksgruppenleitung \_\_\_\_\_

Bayerischer Blinden- und Sehbehindertenbund e.V.  
Landesgeschäftsstelle  
Arnulfstraße 22  
80335 München  
Tel.: 089 / 5 59 88-0  
Fax: 089 / 5 59 88-266  
Email: info@bbsb.org  
Internet: www.bbsb.org