

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Verein zur Förderung sehbehinderter Kinder e.V.“, Oebisfelder Weg 2, 06124 Halle (Saale).

Ich bin bereit,

den monatlichen Mindestbeitrag von	0,75 € (jährlich 9,00 €)
einen Jahresbeitrag von	10,00 €
einen Jahresbeitrag von	_____ €

zu zahlen. (Bitte entsprechend ankreuzen und ggf. eintragen)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift