

Tandem- Hilfen e.V. Aufnahmeformular

Vorname:		Geburtsdatum:	
Name:			
Straße:		Hausnummer:	
PLZ:		Ort:	
Tel:		Fax:	
Mobil:		e-mail:	
Sehfähigkeit	Blind	Sehbehindert	Sehend
Bei Antrag auf einen reduzierten Beitrag, bitte hier den Grund benennen			
und einen Beleg als Anlage mitsenden.			
Nachstehend bitte angeben, wenn Sie in die entsprechende Dateien bei uns aufgenommen werden möchten und wir Sie ansprechen dürfen. Bitte zutreffendes ankreuzen.			
Tandemfahrer	ja	nein	
Pilot	ja	nein	
Datum		Unterschrift	
<u>Einzugsermächtigung:</u>			
Ich ermächtige Tandem- Hilfen e.V. den Mitgliedsbeitrag zu Lasten dieses Kontos einzuziehen:			
Geldinstiut			
BIG		IBAN	
Kontoinhaber/in (falls nicht nicht identisch mit Mitglied)			
Datum		Unterschrift Mitglied und Kontoinhaber/in (falls nicht identisch mit Mitglied)	