



Blinden- und Sehbehindertenverein  
für Koblenz und Umgebung e.V.  
Untere Vallendarer Str. 19  
56170 Bendorf  
Tel.: 0261-9222506

## BEITRITTSERKLÄRUNG

**Ich erkläre meinen Beitritt zum Blinden- und Sehbehindertenverein  
für Koblenz und Umgebung e. V.**

**Name, Vorname:**

**Straße, Hausnummer:**

**PLZ, Wohnort**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Geburtsdatum:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**Ich bin:**

sehbehindert

blind

**Der Grad meiner Behinderung - ausschließlich wegen der  
Sehbehinderung - wurde vom Amt für soziale Angelegenheiten  
mit GdB \_\_\_\_\_ festgestellt.**

**Datum:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**Unterschrift:**