



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: