

Hans-Werner Merkelbach  
**Achromatopsie Selbsthilfe e.V.**  
Graf-Recke-Str. 160

**40237 Düsseldorf**

## Aufnahmeantrag

**Ich bitte um Aufnahme in den Achromatopsie Selbsthilfe e.V.**

- Einzelmitglied: 20,- €/Jahresbeitrag
- Familienmitgliedschaft: 30,- €/Jahresbeitrag \*)
- Fördermitglieder: Bitte Beitrag festlegen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. €/Jahr

Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	
Email	

Ich bin selber Achromat/in  Ich bin Angehörige/r  \*)

### Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Ort / Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

\*) Bei Familienmitgliedschaften bitte auch das Beiblatt ausfüllen!

Raum für Anmerkungen

## Achromatopsie Selbsthilfegruppe e.V.

-gemeinnütziger Verein-  
Vereinsregister VR 11778  
Amtsgericht Düsseldorf  
Steuer-Nr. 105/5887/2281  
Finanzamt Düsseldorf-Nord

**Graf-Recke-Str. 160  
40237 Düsseldorf**

**0211 26177295**

[achromatopsie@online.de](mailto:achromatopsie@online.de)

[www.achromatopsie.de](http://www.achromatopsie.de)  
[www.achromatopsie-forum.org](http://www.achromatopsie-forum.org)

### Vorstand:

1. Vorsitzender:  
Hans-Werner Merkelbach

2. Vorsitzender:  
Cem Demircan

Schriftführerin:  
Michaela Bautz

Kassenführerin:  
Anke Sander

### Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Barbara Käsmann-Kellner  
Universität Homburg  
klinische Diagnostik, low-vision

Prof. Dr. Berndt Wissinger  
Forschungsinstitut für  
Augenheilkunde der  
Universität Tübingen

Klaus Plum  
Augenoptikermeister Herne,  
Heil- und Hilfsmittel, low-vision

Dr. Olav Hagemann  
Initiator der Selbsthilfegruppe  
Patientenvertreter

### Bankkonto:

IBAN:  
DE82 4006 9709 0811 6542 00  
BIC:  
GENODEM1DLR  
Volksbank, In der Hohen Mark eG

Hans-Werner Merkelbach  
**Achromatopsie Selbsthilfe e.V.**  
 Graf-Recke-Str. 160

**40237 Düsseldorf**

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE42ZZZ00000248212

Ich ermächtige die Achromatopsie Selbsthilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Achromatopsie Selbsthilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedsbeiträge von	
Name und Vorname	
Kontoinhaber/in wenn abweichend	
Bank Name / Ort	
IBAN	
BIC	

Ort / Datum	Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

### Wichtiger Hinweis:

Wegen der Gemeinnützigkeit des Achromatopsie Selbsthilfe e.V. können die **Mitgliedsbeiträge** und Spenden bei der Einkommensteuererklärung geltend gemacht werden.

### Achromatopsie Selbsthilfegruppe e.V.

-gemeinnütziger Verein-  
 Vereinsregister VR 11778  
 Amtsgericht Düsseldorf  
 Steuer-Nr. 105/5887/2281  
 Finanzamt Düsseldorf-Nord

**Graf-Recke-Str. 160**  
**40237 Düsseldorf**  
**0211 26177295**

[achromatopsie@online.de](mailto:achromatopsie@online.de)  
[www.achromatopsie.de](http://www.achromatopsie.de)  
[www.achromatopsie-forum.org](http://www.achromatopsie-forum.org)

#### Vorstand:

- Vorsitzender:  
Hans-Werner Merkelbach
  - Vorsitzender:  
Cem Demircan
- Schriftführerin:  
Michaela Bautz
- Kassenführerin:  
Anke Sander

#### Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Barbara Käsmann-Kellner  
 Universität Homburg  
 klinische Diagnostik, low-vision

Prof. Dr. Berndt Wissinger  
 Forschungsinstitut für  
 Augenheilkunde der  
 Universität Tübingen

Klaus Plum  
 Augenoptikermeister Herne,  
 Heil- und Hilfsmittel, low-vision

Dr. Olav Hagemann  
 Initiator der Selbsthilfegruppe  
 Patientenvertreter

#### Bankkonto:

IBAN:  
 DE82 4006 9709 0811 6542 00  
 BIC:  
 GENODEM1DLR  
 Volksbank, In der Hohen Mark eG

## Nur bei Familienmitgliedschaften

Beiblatt zum Aufnahmeantrag			Achromat/in	Angehörige/r
Elternteil 1	Name		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vorname			
	Geb.-Datum			
Elternteil 2	Name		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vorname			
	Geb.-Datum			
Kind 1	Name		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vorname			
	Geb.-Datum			
Kind 2	Name		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vorname			
	Geb.-Datum			
Kind 3	Name		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vorname			
	Geb.-Datum			
Kind 4	Name		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Vorname			
	Geb.-Datum			

Bitte für weitere Kinder ein zusätzliches Blatt ausfüllen.

### Achromatopsie Selbsthilfegruppe e.V.

-gemeinnütziger Verein-  
Vereinsregister VR 11778  
Amtsgericht Düsseldorf  
Steuer-Nr. 105/5887/2281  
Finanzamt Düsseldorf-Nord

**Graf-Recke-Str. 160  
40237 Düsseldorf**

**0211 26177295**

[achromatopsie@online.de](mailto:achromatopsie@online.de)

[www.achromatopsie.de](http://www.achromatopsie.de)  
[www.achromatopsie-forum.org](http://www.achromatopsie-forum.org)

#### Vorstand:

1. Vorsitzender:  
Hans-Werner Merkelbach

2. Vorsitzender:  
Cem Demircan

Schriftführerin:  
Michaela Bautz

Kassenführerin:  
Anke Sander

#### Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Barbara Käsmann-Kellner  
Universität Homburg  
klinische Diagnostik, low-vision

Prof. Dr. Berndt Wissinger  
Forschungsinstitut für  
Augenheilkunde der  
Universität Tübingen

Klaus Plum  
Augenoptikermeister Herne,  
Heil- und Hilfsmittel, low-vision

Dr. Olav Hagemann  
Initiator der Selbsthilfegruppe  
Patientenvertreter

#### Bankkonto:

IBAN:  
DE82 4006 9709 0811 6542 00  
BIC:

GENODEM1DLR  
Volksbank, In der Hohen Mark eG