

# Anmeldeformular

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen



Bayerische BlindenHörbücherei e.V.  
Lothstraße 62

80335 München

Bayerische BlindenHörbücherei e.V.  
Lothstraße 62 · 80335 München

Tel.: 089/12 15 51-0

Fax: 089/12 15 51-23

E-Mail: [info@bbh-ev.org](mailto:info@bbh-ev.org)

Weblink: [www.bbh-ev.org](http://www.bbh-ev.org)

Hörernummer

Aufnahmedatum

(wird von der BBH ausgefüllt)

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Bundesland

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Als Nachweis meiner Sehschädigung bzw. Blindheit lege ich dieser Anmeldung die Fotokopie **eines der folgenden** Dokumente bei (siehe auch Ausleihordnung Punkt 1):

- Ärztliches Attest     Blindengeldbescheid     Schwerbehindertenausweis

**oder** die Bestätigung der ordentlichen Mitgliedschaft:

beim BBSB

bei einem anderen Landesverein des DBSV

Bezirksgruppe

Bezirksgruppe

Stempel und Unterschrift des Sachbearbeiters

Stempel und Unterschrift des Sachbearbeiters

DBSV-Nummer (falls vorhanden)

DBSV-Nummer (falls vorhanden)

**oder** einer anderen Selbsthilfeorganisation

**oder** die Bestätigung meiner Bibliothek, dass ich wegen Sehverschlechterung gedruckte Bücher nicht mehr ausleihen kann

Stempel und Unterschrift des Sachbearbeiters

Stempel und Unterschrift des Sachbearbeiters

Bitte wenden

## Wie möchten Sie die Aufnahmebestätigung zugesandt bekommen?

- Mit der Post       Per E-Mail

## Welchen Titelkatalog möchten Sie bestellen?

- Schwarzschrift       Daisy-CD       Ich benötige kein Titelverzeichnis.

## Wie möchten Sie Ihre Bücher auswählen?

- Ich wähle selbst aus.\*

\*Eine vollständige Übersicht über die Sachgebiete ist dem Titelkatalog zu entnehmen.

Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Hörbücher online über die BBH-Homepage zu bestellen oder herunterzuladen: [www.bbh-ev.org](http://www.bbh-ev.org)

- Ich wähle nicht selbst aus. Die BBH stellt für mich Bücherlisten zusammen:\*

Ich interessiere mich für

- Weltliteratur       Unterhaltung  
 Historische Romane       Krimis  
 Biographien

\_\_\_\_\_

## Wünschen Sie Ihre Hörbuchlieferungen mit Punktschriftbedruckung?

- Ja       Nicht erforderlich

## Wie sind Sie auf die Bayerische Blindenhörbücherei aufmerksam geworden?

- Arzt       BBSB       Andere Selbsthilfeorganisation: \_\_\_\_\_  
 Familie/Bekannte       Andere: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, die Ausleihordnung der Bayerischen Blindenhörbücherei e.V. gelesen zu haben, und verpflichte mich, die darin enthaltenen Bestimmungen zu beachten.  
Ich verpflichte mich, die mir von der Bayerischen Blindenhörbücherei e.V. zugehenden Hörbücher nur zu meinem persönlichen Gebrauch auszuleihen, sie nicht zu vervielfältigen, nicht gewerblich zu nutzen, nicht zu öffentlichen Veranstaltungen zu verwenden und nicht an dritte Personen weiterzugeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift

Mir ist bekannt, dass die in dieser Anmeldung enthaltenen Daten von der Bayerischen Blindenhörbücherei e.V. im Sinne des Datenschutzgesetzes verarbeitet werden.

Im Rahmen des durch die Betreuung entstehenden vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses erkläre ich mich, soweit es die Aufgabenerfüllung der Bayerischen Blindenhörbücherei e.V. erfordert, damit einverstanden, dass diese Daten an Dritte weitergegeben werden.

- Ja, ich bin einverstanden.       Nein, ich bin nicht einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift