**Taubblinde Berlin **

**Selbsthilfegruppe „Hör- und Sehgeschädigter“ in Berlin**

**A N M E L D U N G**

**Bitte an SHG Taubblinde per Fax: 030-6010359 oder**

**per Mail:** **taubblinde@deafberlin.de** **bis 30.08.2013 senden.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ich/Wir nehme/n an dem 5. Ushertreffen mit Jubiläumsfeier am Samstag, den 5. Oktober 2013 teil.** |  □ Ja | □ Nein |

|  |
| --- |
|  **Teilnehmer/in:** |
| **1.** |
| Vor- und Familienname  Taubblinde/r oder Hörsehbehinderte/r taub  hörend**2.** |

Vor-und Familienname

 Taubblinde/r oder Hörsehbehinderte/r taub  hörend

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Begleitperson: | □ Ja | □ Nein |

|  |
| --- |
|  |
| Begleitperson (Vor- und Familienname bitte ausfüllen) |

Bitte Eintrittskosten 10 Euro pro Person auf dem Konto 334982660 bei der Deutsche Bank BLZ: 10070024 bis 30.08. 2013 überweisen. Eine Begleitperson zahlt keinen Eintritt, für weitere Begleitpersonen werden Eintrittskosten erhoben.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort / Datum: | Unterschrift: |