



Beitrittserklärung

MITGLIED

UNTERSTÜTZENDES
MITGLIED

ICH ERKLÄRE HIERMIT MEINEN BEITRITT ZUR

ORTS- / BEZIRKSGRUPPE

DES OÖZIV.

TITEL

GEB. DATUM

FAMILIENNAME

VORNAME

PLZ

ORT

STRASSE

TELEFON

E-MAIL

MEINE SOZIALVERSICHERUNG

HEIMBEWOHNER

BEI DER MITGLIEDSCHAFT EINES MENSCHEN MIT BEHINDERUNG BITTE AUSFÜLLEN:

ART DER BEHINDERUNG / ERKRANKUNG

KÖRPERLICHE
BEHINDERUNG

GEHBEHINDERUNG

SEHBEHINDERUNG

CHRONISCHE
ERKRANKUNG

ROLLSTUHL

MEHRFACH-
BEHINDERUNG

HÖRBEHINDERUNG

SONSTIGES:

.....
.....
.....

BEHINDERTENPASS
(vom Sozialministeriumservice)

§ 29b AUSWEIS
(Parkausweis)

GRAD DER BEHINDERUNG %

PFLEGEGELDBEZIEHER

BEGÜNSTIGTER BEHINDERTER

ICH BIN BETREUENDE/R ANGEHÖRIGE/R

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!



Ja, ich möchte eine Vereinszeitung erhalten elektronisch auf Papier

(Bitte E-Mail Adresse auf Seite 1 nicht vergessen!)

Ja, ich möchte einen elektronischen Newsletter auf die angegebene E-Mail Adresse erhalten.

Ja ich stimme zu, dass meine angegebenen Gesundheitsdaten für die beiliegend angeführten Vereinszwecke verarbeitet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Als unterstützendes Mitglied erkläre ich mich bereit, einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von EUR _____ (mindestens EUR 28,00) zu leisten.

ORT/DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____

HIERMIT ERTEILE ICH DEM OÖZIV EINE EINZUGSERMÄCHTIGUNG FÜR DEN MITGLIEDSBEITRAG.

FAMILIENNAME _____

VORNAME _____

ADRESSE _____

BANK _____

IBAN _____

Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift abzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen (8 Wochen) ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

ORT/DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____