



Beitrittserklärung

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Titel, Vor u. Nachname:

Adresse: PLZ: Ort:

Tel: E-Mail:

Staatsbürger: geb. am: SV-Nr:

Beruf:

Behinderung:

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehbehindert | <input type="checkbox"/> blind | <input type="checkbox"/> hörbehindert | <input type="checkbox"/> gehörlos |
| <input type="checkbox"/> gehbehindert | <input type="checkbox"/> amputiert | <input type="checkbox"/> querschnittgelähmt | <input type="checkbox"/> mehrfach |
| <input type="checkbox"/> lernbehindert | <input type="checkbox"/> chronisch krank | <input type="checkbox"/> psychisch krank | |
| <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> oder sonstige | | | |

Grad der Behinderung: Pflegegeld Stufe:

Ich benütze: Rollstuhl Elektro-Rollstuhl Rollator
 anderes Hilfsmittel:

Ich habe Interesse: an einer Mitarbeit Zeitung **INKLUSIV**: ja nein

Vollmitglied € Unterstützendes Mitglied € Kind/Jugendlicher €

IBAN: Bar bezahlt:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die angeführten Daten maschinell gespeichert und ausschließlich zu meiner Betreuung bzw. Hilfestellung im Rahmen des ÖZIV verwendet werden. Weiters bin ich auch einverstanden, dass Foto u. Videoaufnahmen von (Feiern, Festen, Veranstaltungen und Reisen) zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt und veröffentlicht werden dürfen.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift