

KOBV Der Behindertenverband

für Wien, Niederösterreich und Burgenland

1080 Wien, Lange Gasse 53

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

BEITRITTSERKLÄRUNG für ordentliche Mitglieder

Zuname: _____ Vorname: _____
(Bitte in Blockschrift !)

Beruf: _____ Tel. Nr.: _____

Anschrift: _____
Postleitzahl

E-Mail: _____

Familienstand: _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Versicherungsnummer: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Behinderung (Gesundheitsschädigungen): _____

Grad der Behinderung (falls festgestellt): _____ v.H.

Ich erkläre meinen Beitritt zum KOBV Der Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland ab _____ und verpflichte mich, den jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag pünktlich zu entrichten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Kündigung der Mitgliedschaft rechtswirksam zum Ablauf des Kalenderjahres schriftlich erfolgen kann.

Wodurch sind Sie auf den KOBV aufmerksam geworden?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Messen (1) | ☐ ARGE BVP (2) | ☐ Trafikbewerber (3) | ☐ Folder (4) |
| ☐ Arbeiterkammer (5) | ☐ Sprechtag (6) | ☐ Mundpropaganda (7) | ☐ Ortsgruppe (8) |
| ☐ Sonstiges (9) _____ | | | |

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Name

Kontonummer

BLZ

Name der Bank

Hiermit ermächtige ich den KOBV Der Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann nicht, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

Datum

Unterschrift

Bezirks- bzw. Ortsgruppe

MITGLIEDSNUMMER

Bitte nicht ausfüllen!

PB OG