

BEITRITTSERKLÄRUNG

Mitgliedsnummer:

Familienname:	Vorname:
Straße:	
PLZ/Ort:	Geburtsdatum:
Telefon:	E-Mail:
Grad der Behinderung: %	
Art der Behinderung: <input type="radio"/> Körperlich <input type="radio"/> Sinnesbehinderung <input type="radio"/> Lernschwierigkeiten <input type="radio"/> Psychisch <input type="radio"/> Chronische Erkrankung <input type="radio"/>	
Rollstuhlfahrer/In: Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Ich möchte vierteljährlich kostenlos das Vereinsmagazin „ÖZIV-INFO“ erhalten: Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Ich bin interessiert, als Funktionär im Verband mitzuarbeiten: Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Wie haben Sie von uns erfahren? <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Zeitung <input type="radio"/> Bekannte <input type="radio"/> Beratungsstelle <input type="radio"/> Arzt/Spital <input type="radio"/> Reha-Einrichtung <input type="radio"/>	

MITGLIEDSBEITRAG erfolgt an den Landesverband

jährlich

<input type="radio"/> Ordentliche Mitglieder	Euro 27,-
<input type="radio"/> Unterstützende Mitglieder	Euro 32,-
<input type="radio"/> Mitglieder d. Behindertensportvereins	- 50%
<input type="radio"/> Kinder und Jugendliche - 18 Jahre	- 50%
<input type="radio"/> Heimbewohner/Personen ohne Einkommen	beitragsfrei
<input type="radio"/> Mitglieder mit Ausgleichszulage	beitragsfrei
<input type="radio"/> Mitglieder mit Einkommen unter dem Ausgleichszulagenrichtsatz	beitragsfrei

Beizulegende Unterlagen:

Ein **Lichtbild** für den Mitgliedsausweis, **Nachweis** im Falle von Beitragsbefreiung oder Ermäßigung

BEZIRKSVEREIN:

Reutte Landeck/Imst Innsbruck Schwaz WIR Achenal Kufstein Kitzbühel Lienz

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die angeführten Daten ausschließlich zu meiner Hilfestellung verwendet und an den ÖZIV Bundesverband sowie an den jeweiligen Bezirksverein weitergeleitet werden. Weiters bin ich mit der elektronischen Verarbeitung und Archivierung der Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 einverstanden.

Ort und Datum:

Unterschrift:

SEPA LASTSCHRIFT-MANDAT

Sie sparen hiermit die Erlagscheingebühr!

Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages durch SEPA-Lastschriften:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Einzug einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Einzüge einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Name des Zahlungspflichtigen:	
Anschrift des Zahlungspflichtigen:	
IBAN des Zahlungspflichtigen:	
Kreditunternehmen:	BIC:

An den Zahlungsempfänger:

ÖZIV – Landesverband Tirol
Bürgerstraße 12/2, im Innenhof, A-6020 Innsbruck
DVR 0830666
Creditor ID: AT84ZZZ00000006184

Ort und Datum:

Unterschrift des/der KontoinhaberIn:

Bei Fragen helfen Ihnen gerne die Mitarbeiter unseres Sekretariats!

Tel.: +43 512 57 19 83, Mail: office@oeziv-tirol.at
www.oeziv-tirol.at

FÜR EVENTUELLE RÜCKFRAGEN

Telefonnummer (tagsüber):

E-Mail:

ÖZIV – Landesverband Tirol

6020 Innsbruck, Bürgerstraße 12/2, im Innenhof, Tel.: +43 512 57 19 83, Fax: +43 512 57 19 83-83
Mail: office@oeziv-tirol.at, www.oeziv-tirol.at, DVR 0830666