

Sei dabei und
werde ein
aktives Mitglied
in unserer
Gemeinschaft!

Beitrittserklärung für Eltern von Menschen mit Behinderung

Ich/wir trete/n der „Steirischen Vereinigung für Menschen mit Behinderung“
als **aktives Mitglied** bei:

Name des Vaters:

Beruf:

Geb.Dat.:

Name der Mutter:

Beruf:

Geb.Dat.:

Name des Kindes:

Geb.Dat.:

Behinderung Ja Nein

Behinderungsart:

Tel.:

e-mail:

Straße:

PLZ:

Ort:

Welche Einrichtung der Mosaik GmbH nehmen Sie in Anspruch?

geworben von:

Ich würde mich gerne an der Vereinsarbeit beteiligen:

Ja

Nein

Ich stimme der Zusendung des Newsletters per E-Mail zu:

Ja

Nein

Den Jahresmitgliedsbeitrag in der Höhe von € 58,- überweise/n ich/wir auf das
Konto: IBAN AT53 2081 5202 0000 1541 (pro Familie ist der Beitrag nur einmal zu entrich-
ten). Bei einem Einstieg ab August wird für das erste Jahr nur der halbe Mitgliedsbeitrag
verrechnet (€ 29,-).

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten für die interne Verwaltung elektronisch erfasst
werden.

Datum des Beitrittes, Unterschrift

**Nach Bestätigung der Mitgliedschaft möchten wir uns mit Ihnen in Kontakt setzen.
Wir sind sehr bemüht unsere Mitglieder persönlich kennen zu lernen.**