



## ***Beitrittserklärung***

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer/Stiege/Türnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Sind Sie Mitglied einer anderen Behindertenorganisation? Wenn Ja, von welcher?

\_\_\_\_\_

Sind Sie interessiert als FunktionärIn mitzuarbeiten? Ja  Nein

Welche Ideen und Vorschläge würden Sie gerne einbringen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----  
Unterschrift