

# KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN  
LANGE GASSE 53

BG Währing - Döbling

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

TEL.: 01/406 15 86 – 0  
E-MAIL: kobv@kobv.at

## BEITRITTSERKLÄRUNG FÜR UNTERSTÜTZENDE MITGLIEDER

Gem. § 6 Abs. 2 lit. a) und b) der OG/BG Satzungen bzw. § 7 Abs.2 lit. a) und b) der  
Verbandssatzungen

Bezirks- bzw. Ortsgruppe  _____
---------------------------------------

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PB			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> OG			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> MITGLIEDSNUMMER												
Bitte nicht ausfüllen!																		

Nachname: .....  
(Bitte in Blockschrift !)

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich

Firmenname bei juristischen Personen: .....

Adresse: .....

E-Mail: .....

Ich erkläre ab ..... meinen Beitritt zum Kriegsoffer- und Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland als unterstützendes Mitglied und verpflichte mich,

- meine Arbeitskraft, mein Wissen und mein Können in uneigennütziger Weise dem KOBV zur Verfügung zu stellen oder / und
- den jährlich vorgeschriebenen Mitgliedsbeitrag zu bezahlen.

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift