



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im

Verein für Menschen mit Behinderungen Kreis Olpe e.V.

Bussardstr. 14, 57368 Lennestadt
Telefon: 02723/686599

Herr Frau

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____ Telefon: _____

Mitglied ab: _____ e-Mail: _____

Ich bin selber von einer Behinderung betroffen

Ich habe einen behinderten Angehörigen ja nein

Freiwillige Angaben über den Menschen mit Behinderung:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Art der Behinderung: körperlich behindert spastisch gelähmt
 geistig behindert querschnittsgelähmt
 sprachbehindert Muskelerkrankung
 sehbehindert Rollstuhlfahrer
 hörbehindert sonstige Behinderung

Derzeitige Behinderteneinrichtung: _____

Kündigung der Mitgliedschaft mit 6-monatiger Frist zum Ende des Kalender- / Halbjahres.

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebenen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Ort

Datum

Unterschrift

Der Verein ist Mitglied im Landesverband Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.
und dem Kreis-Caritasverband Olpe e. V. angeschlossen.

Spendenkonto: IBAN: DE81460628170062222100 BIC: GENODEM1SMA

