

Ortsgruppe

Zuname: **Vorname:** **Geb. Dat.:**

Fam.-Stand: **Vorn. d. Ehegatten/in:** **Staatsbürgersch.**

Anschrift:

Tel.-Nr.: **E-Mail:** **Beruf:**

Art der Körperbehinderung:

Festgestellt durch:

Sozialministeriumservice **Sozialversicherungsanstalt** **Amtsarzt**

Grad der Behinderung: **v.H.** **VNr.:**

**Welche Leistungen beziehen Sie aufgrund Ihrer Behinderung
(z.B.: Renten, Sozialleistungen, usw.) ?**

Art der Beitragszahlung:

Persönliches Kennwort:

Eintritt ab:

Inkasso Ortsgruppe
Bankeinzug jährlich
Bankeinzug vierteljährl.
EDV-Abzug
Inkasso Landesverband
Dauerauftrag

Mit der Fertigung dieser Beitrittserklärung akzeptiere ich die Satzungen des oben genannten Verbandes und bestätige gleichzeitig die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Zustimmung zur Haltung einer zentralen Datenpflege beim KOBV Steiermark.

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Name des Kontoinhabers:

(Name der Bank)

BIC:

IBAN:

Hiermit ermächtige ich den KOBV Steiermark widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann nicht, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Bei Änderung des Kontos bzw. Widerruf ist der KOBV Steiermark zu benachrichtigen. Entstandene Bankspesen wegen Nichteinlösung werden verrechnet.

Unterschrift