



*Gemeinsam für das,  
was zählt.*

**Behindertenverband**

Landkreis Stollberg e.V.

Mitglied im DPWV

# Aufnahmeantrag

als ordentliches Mitglied

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

## **Anschrift:**

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

gesetzlicher Vertreter: Name, Anschrift

---

---

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweisnummer: \_\_\_\_\_

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

## **Art der Behinderung: Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

( ) geistig behindert

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

( ) gehbehindert

MK ausgestellt: \_\_\_\_\_

( ) Rollstuhlfahrer

Mitglied ab: \_\_\_\_\_

( ) körperlich behindert

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Behindertenverbandes an:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_