

Ich trete dem

**Verband der Querschnittgelähmten Österreichs,**  
2361 Laxenburg, Niklas-Steuber-Gasse 13 Tel/Fax (01) 616 86 678

- als **ordentliches Mitglied** (Jahresbeitrag 25,-- Euro)  
 als **förderndes Mitglied** (Jahresbeitrag 50,-- Euro)

bei und verpflichte mich, die Bestrebungen des Verbandes zu unterstützen und den entsprechenden Jahresbeitrag zu leisten.

Familiennamen:		
Vorname:		Titel:
Adresse	Strasse:	Telefon:
	PLZ, Ort:	Fax / Handy:
E-Mail:		
Geburtsdatum:		Staatsbürgerschaft:
Beruf:		
Art der Behinderung:		
behindert seit:		
Unfall / Erkrankungsursache:		
komplett / inkomplett:		
Höhe der Lähmung:		
Zuständige Sozialversicherung:		

**Bankverbindung:**

**Kontoinhaber:** Verband der Querschnittgelähmten Österreichs

**IBAN:** AT15 1860 0000 1504 4001

**BIC:** VKBLAT2L

Ort / Datum:

Unterschrift: