



Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit, dem Liechtensteiner Behinderten-Verband als Mitglied beizutreten.
Ich anerkenne die Statuten und die Beschlüsse der Generalversammlung.

Beitritt als Mitglied des Liechtensteiner Behinderten-Verbandes

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Mobile

E-Mail-Adresse

Art der Behinderung:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Geistig behindert | <input type="radio"/> Psychisch erkrankt | <input type="radio"/> Sehbehindert |
| <input type="radio"/> Lernbehindert | <input type="radio"/> Sprachbehindert | <input type="radio"/> Körperbehindert |
| <input type="radio"/> Hörbehindert | <input type="radio"/> Durch eine Erkrankung eingeschränkt | <input type="radio"/> Ohne Behinderung |

Weitere Behinderungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ich benötige einen Rollstuhl | <input type="radio"/> Ich benötige einen Rollator |
|--|---|



Beitrittserklärung

Gewünschte Informationen des Liechtensteiner Behinderten-Verbandes

Zustellung des Freizeitprogramms: erwünscht nicht erwünscht

Ich wünsche die Informationen in Leichter Sprache: ja

Ich wünsche die Informationen zu erhalten: per Mail per Post

Ich möchte den LBV Newsletter per Mail erhalten:
(Ist nur mit Mail möglich) erwünscht nicht erwünscht

Einwilligung Fotografien:

- Ich möchte auf keinem Foto zu sehen sein.
- Ich willige ein, dass Fotos, auf denen ich zu sehen bin, für die Internetseite, den Jahresbericht, Zeitungsartikel und den Newsletter genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Datenschutzerklärung und die Statuten findest du auf unserer Internetseite www.lbv.li.
Gerne stellen wir dir auf Anfrage ein Exemplar in Papierform zur Verfügung.