



# Beitrittserklärung für Aktivmitglieder

## Jahresbeitrag CHF 65.–

Ich erkläre hiermit den Beitritt als Aktivmitglied zu Procap Bern.

Die Mitgliedschaft tritt mit der Zahlung des ersten Jahresbeitrages in Kraft. Die Statuten und den Mitgliederausweis erhalten Sie zusammen mit der Rechnung.

(\*Pflichtfelder)

\*Name:  \*Vorname:

\*Geburtsdatum:  Beruf:

Nationalität:  \*Anrede:  m  w  neutral

\*Str./Postfach:

\*PLZ/Ort:

Tel. Privat:  Tel. Mobile:

E-Mail:

\*Sozialversicherungsnummer: 756.

**\*Behinderung** (es können mehrere Behinderungen angekreuzt werden)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> lern-/geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> psychische Behinderung | <input type="checkbox"/> Sprachbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Krankheitsbehinderung      | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung         | <input type="checkbox"/> Suchtbehinderung  |
| <input type="checkbox"/> Körperbehinderung          | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung         | <input type="checkbox"/> RollstuhlfahrerIn |

Bei Mehrfachbehinderung bitte Hauptbehinderung angeben:

Name und Adresse  der Eltern oder  des Beistands bei minderjährigen bzw. beschränkt handlungsfähigen Personen.

Wirtschaftliche Sozialhilfe:  ja  nein

Rechtsschutzversicherung:  ja  nein

Name der Gesellschaft:  Police-Nr.:

Kontakt zu Procap Bern durch:

Ort/Datum:  Unterschrift: .....

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an: Procap Bern, Postfach 392, 3000 Bern 14  
oder per E-Mail an: [bern@procap.ch](mailto:bern@procap.ch)