|  |
| --- |
|   |
| **Beitrittserklärung für Aktivmitglieder** |
| Ich erkläre hiermit den Beitritt als Aktivmitglied zu Procap mit der Verpflichtung, die Statuten sowie die Beschlüsse des Verbandes anzuerkennen.  |
|  |
| **Sektion**: **Schwyz** |  |
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | Geschlecht: männlich weiblich |
| PLZ Ort: | Tel. P: |
| Tel. Mobil: | Tel. G: |
| E-Mail: | Beruf: |
| Sozialversicherungs-Nummer (AHV-Nr.) | 756. |
| Geburtsdatum:  | Zivilstand: |
| Bürgerort: | Nationalität: |
| Bei gesetzlicher VertretungName und Adresse |  der Eltern oder  der Vertretung |
|  |  |
|  |  |
| Geworben durch: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  **Behinderung** (es können mehrere Behinderungen angekreuzt werden)  |
|  |  |  |  |
|  Code |  Code |
|  |  |  |  |
|  100  geistige-/Lernbehinderung |  500  psychische Behinderung |
|  200  Hörbehinderung |  600  Sehbehinderung |
|  300  Körperbehinderung |  700  Sprachbehinderung |
|  400  Krankheitsbehinderung |  800  Suchtbehinderung |
|  |
| Bei Mehrfachbehinderung, bitte Hauptbehinderungscode angeben: |  |  |
|  |

Datum: Unterschrift:

Weitere Auskünfte erteilt Procap Schwyz, Postfach 48, 6431 Schwyz

Tel. 041 832 18 43 procap.schwyz@bluewin.ch www.procap-schwyz.ch