

**KRIEGSOPFER-UND BEHINDERTENVERBAND
STEIERMARK**

8010 Graz, Wielandgasse 14-16/ 3.Stock
Tel.Nr.: 0316/82 91 21-82 Fax: 0316/82 91 21 85

A N M E L D U N G
eines Erholungsaufenthaltes in

.....

Vor- und Zuname: _____ **Ortsgruppe:** _____

Anschrift: _____

Bem.Zl. oder Vers.Nr. _____ **MdE.:** _____ %

Mitglied des Verbandes seit: _____ **Tel.Nr.** _____

ledig,verh.,verw.,gesch. _____ **Beruf:** _____ **Geb.Dat.:** _____

Mitnahme der Ehefrau, Kind oder Begleitperson mit Geburtsdaten:

Dauer des gewünschten Aufenthaltes

vom bis = Tage

Ihr Familieneinkommen:

Monatliches Familieneinkommen über € 1.500,-: JA NEIN

In diesem Falle sind keine näheren Einkommensangaben notwendig!

Bei einem Einkommen unter € 1.500,- bitte nachstehende Rubrik genau ausfüllen!!

- Kriegsoferrenten € Einheitswert: _____
- Sonstige Renten u.Pensionen €..... Landwi.Besitz in ha: _____
- Nettoeinkommen des Mannes €..... Ausgedinge: ja nein
- Nettoeinkommen der Ehefrau/Lebensgef.€
- Sonstige Einkommen (Pflegegeld) €

insgesamt: € _____

Renten-u.Pensionsabschnitte oder Lohn-bzw.Gehaltsabschnitte beilegen!

Unrichtigen Angaben haben zur Folge, dass wir den Einkommenshöchstsatz über € 1500,- annehmen!

Unterbringungswünsche:

Einbettzimmer: ja nein

Komfortzimmer: ja nein

gehbehi.: ja nein

Sonstige Wünsche:

Ich erkläre hiermit, dass ich auf keine Pflegedienste seitens des Personals im Urlaub angewiesen bin und die zu zahlenden Aufenthaltskosten zeitgerecht begleiche.

Unterschrift des Mitgliedes

Wird vom Landesverband ausgefüllt:

Gesamtkosten € _____ x _____ Personen € _____

Gesamtkosten € _____ x _____ Personen € _____

Gesamtkosten € _____ x _____ Personen € _____

insgesamt: € _____

Kostenbeitrag € _____ pro Tag für _____ Tage € _____

Kostenbeitrag € _____ pro Tag für _____ Tage € _____

Kostenbeitrag € _____ pro Tag für _____ Tage € _____

Kostenbeitrag € _____ pro Tag für _____ Tage € _____

Kostenbeitrag € _____ pro Tag für _____ Tage € _____

insgesamt: € _____

Verbandszuschuss € _____

Verbandszuschuss € _____

Verbandszuschuss € _____

Verbandszuschuss € _____

Verbandszuschuss € _____

insgesamt: € _____

Bezahlt am: