

# ÖZIV SUPPORT BERATUNG ANMELDEFORMULAR

## Ja, ich habe Interesse an kostenloser Beratung und ersuche um Kontaktaufnahme

Name:

Geburtsjahr:

Bundesland:

PLZ: / Bezirk

Tel.:

E-Mail:

### Art der Behinderung:

 Körperbehinderung:

 Sinnesbehinderung:

 Chronische Erkrankung:

 Sonstige:

### Kurze Beschreibung Ihres Anliegen:

### Wie haben Sie von unserem Angebot erfahren:

Ich stimme zu, dass meine Angaben aus dem Kontaktformular zum Zweck der weiteren Kontaktaufnahme und Prüfung der Zielgruppenzugehörigkeit für das Beratungsangebot von ÖZIV SUPPORT erhoben und verarbeitet werden.

Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Diese finden Sie auf unserer Homepage <https://www.oeziv.org/datenschutz/>

Ort, Datum und Unterschrift:

Gefördert durch:

 Sozialministeriumservice