**Bekennerschreiben**

Hiermit bekenne ich

|  |  |
| --- | --- |
| **Zuname** | Click or tap here to enter text. |
| **Vorname** | Click or tap here to enter text. |

im Namen und Auftrag der/des nicht voll geschäftsfähigen

|  |  |
| --- | --- |
| **Zuname** | Click or tap here to enter text. |
| **Vorname** | Click or tap here to enter text. |
| **Geschlecht** | Männlich  Weiblich  Click or tap here to enter text. |
| **Straße** | Click or tap here to enter text. |
| **PLZ/Ort** | Click or tap here to enter text. |
| **Geburtsdatum** | Click or tap here to enter text. |
| **SV** **Nummer** | Click or tap here to enter text. |
| **Staatsbürgerschaft** | Click or tap here to enter text. |
| **Telefon** | Click or tap here to enter text. |
| **E-Mail** | Click or tap here to enter text. |
| **Beruf** | Click or tap here to enter text. |

als dessen gesetzlicher Vertreter die von mir vertretene Person vollinhaltlich zum religiösen Glauben der Kirche der Anbeter naturbelassener Antikörper-Lebensräume, wie er im Bekenntnis der Kirche dargelegt ist. Die von mir vertretene Person gelobt nach den Inhalten des Bekenntnisses zu leben und sich als vollwertiges Mitglied der Gemeinschaft der Kirche zu etablieren, sowie alle damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Ich bestätige, dass die von mir vertretene Person zum Zeitpunkt dieses Bekenntnisses keiner anderen in Österreich registrierten Glaubens- oder Bekenntnisgemeinschaft angehört, und dass sie auch keiner solchen beitreten wird, solange sie aktives Mitglied der Kirche der Anbeter naturbelassener Antikörper-Lebensräume bin.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die hier angegebenen Daten von der Kirche elektronisch verarbeitet werden und neben den Mitarbeitern der Kirche auch Behörden (insbesondere dem Kultusamt) zugänglich gemacht werden können.

Ich bestätige, dass ich in Ausübung dieser Vertretungsvollmacht die Wünsche der von mir vertretenen Person bestmöglich wiederspiegle und dieses Bekenntnis, nach Maßgabe der Möglichkeiten der von mir vertretenen Person, von dieser so gewünscht wird.

Ich weiß, dass die Mitgliedschaft erst mit Zahlung der KANAL-Gebühr Gültigkeit erlangt und wieder erlöschen kann, wenn die von mir vertretene Person mit der Zahlung in Verzug gerät und bestätige, dass die von mir vertretene Person über die notwendigen finanziellen Mittel verfügt, um dieser Verpflichtung nachzukommen.

Click or tap here to enter text.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift