

Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Pappenheimstraße 7, 80335 München

Telefon: 089/51086325, Fax: 089/51086328
E-Mail: lvbayern_apk@t-online.de, Internet: www.lvbayern-apk.de
Sprechzeiten: Montag bis Freitag: 10.00 – 14.00 Uhr
Bankverbindung: IBAN: DE07 7002 0500 0007 8181 00; BIC: BFSWDE33MUE



A U F N A H M E A N T R A G

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied Fördermitglied
in den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Der Mitgliedsbeitrag für Einzelpersonen, als Familienbeitrag sowie für fördernde Mitglieder beträgt derzeit jährlich 40,00 Euro. Der Mitgliedsbeitrag ist bei Eintritt vor Juli eines laufenden Jahres erstmalig im Beitrittsjahr fällig, bei Eintritt nach Juli erstmalig im folgenden Kalenderjahr. Der Beitrag ist steuerlich absetzbar. Der Mitgliedsbeitrag wird im Bankeinzugsverfahren erhoben.

Familienname

Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon-Nr.*
*freiwillige Angaben

E-Mail-Adresse*

Beruf *

Ich bin damit einverstanden, dass der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. meine angegebenen Daten elektronisch speichert und die Adressdaten an den Psychiatrie Verlag für die Zusendung der im Mitgliedsbeitrag enthaltenen Zeitschrift „Psychosoziale Umschau“ weitergibt. Der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln und nur zu diesem Zwecke weiterzugeben. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. an. Die Satzung des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. ist im Internet unter www.lvbayern-apk.de einsehbar. Auf Wunsch wird sie übersandt.

Ort, Datum, Unterschrift:

Bitte SEPA-Lastschriftsmandat auf Seite 2 ausfüllen ►►►

SEPA-Lastschriftsmandat
zum Einzug des Mitgliedsbeitrags
für Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Pappenheimstraße 7, 80335 München

Hiermit ermächtige ich den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-ID: DE18ZZZ00000253979

Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer:*

*nicht ausfüllen, wird von LV Bayern ApK eingetragen

Angaben zur Bankverbindung

Name der Bank

BIC

IBAN DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Kontoinhaber

Vorname und Name:

Straße und Hausnr.:

Postleitzahl und Ort:

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers:

Bitte Seite 3 und 4 für weitere beitragsfreie Zusatzmitglieder ausfüllen ►►►

Beitragsfreie Zusatzmitglieder des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Wenn weitere Angehörige beitragsfreie Mitglieder werden wollen, bitte dieses Zusatzblatt ausfüllen und. Eine Postzustellung der Schriften des Landesverbandes erfolgt nur an das Hauptmitglied.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker als Familienmitglied des Hauptmitglieds

.....

Familienname

Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon-Nr.*
*freiwillige Angaben

E-Mail-Adresse*

Beruf *

Ich bin damit einverstanden, dass der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. meine angegebenen Daten elektronisch speichert. Der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln und nicht weiterzugeben.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. an. Die Satzung des Landesverbandes Bayern ApK ist im Internet unter www.lvbayern-apk.de einsehbar. Auf Wunsch wird sie übersandt.

Ort, Datum, Unterschrift:

Beitragsfreie Zusatzmitglieder des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Wenn weitere Angehörige beitragsfreie Mitglieder werden wollen, bitte dieses Zusatzblatt ausfüllen und. Eine Postzustellung der Schriften des Landesverbandes erfolgt nur an das Hauptmitglied.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker als Familienmitglied des Hauptmitglieds

.....

Familienname

Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon-Nr.*

*freiwillige Angaben

E-Mail-Adresse*

Beruf *

Ich bin damit einverstanden, dass der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. meine angegebenen Daten elektronisch speichert. Der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln und nicht weiterzugeben.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. an. Die Satzung des Landesverbandes Bayern ApK ist im Internet unter www.lvbayern-apk.de einsehbar. Auf Wunsch wird sie übersandt.

Ort, Datum, Unterschrift: