

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. im Asklepios Fachklinikum Stadtroda Geschäftsstelle Bahnhofstraße 1 a 07646 Stadtroda Tel/Fax: .036428 12456
E-Mail: geschst@lvthueringen-apk.de
www.lvapk-thueringen.de

Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer:

Ich interessiere mich für Informationen zu folgenden Krankheitsbildern:

Jahresbeitrag: 25,00 € für Einzelmitglieder und für jedes weitere Mitglied aus der Familie weitere 15,00 €. Der Beitrag ist bis zum 31.01. jeden Jahres fällig.

Der Jahresbeitrag schließt den Bezug der Verbandszeitschrift „Die Schwalbe“ mit ein.

Zusätzlich zu meinem Mitgliedsbeitrag möchte ich gerne einen Förderbeitrag leisten. Der Förderbeitrag in Höhe von € kann jährlich von meinem unten angeführten Konto eingezogen werden.

Unsere Kontonummer: DE04 8305 3030 0000 4026 99

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Beitragsordnung an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu Vereinszwecken elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. einzulösen.

Mandatsreferenz wird Ihnen noch mitgeteilt

IBAN:

bei:

BIC.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum:

Unterschrift