

Beitrittserklärung

Antwort bitte senden an:

Landesverband Hessen
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
c/o Valentin Kratzer
Fontanestr. 4
64354 Reinheim

Telefon: 06162 6648
Bankverbindung:
Städtische Sparkasse Offenbach
IBAN: DE59 5055 0020 0003 9218 67
BIC: HELADEF1OFF

-
- Wir / Ich möchte(n) zum (Datum) Mitglied werden
- Der Jahresbeitrag von 30,00 Euro beinhaltet die Einzel- oder Familien-Mitgliedschaft im Landesverband Hessen und im Bundesverband Bonn incl. der vierteljährlich erscheinenden Psychosozialen Umschau zum gleichen Preis.
- Ich möchte Fördermitglied des Landesverbands Hessen der Angehörigen psychisch Kranker werden.
Mein Förderbeitrag beträgt Euro.
- Den Beitrag werden wir jährlich auf das Konto der Städtischen Sparkasse Offenbach IBAN: DE59 5055 0020 0003 9218 67 per Überweisung entrichten. Bitte richten Sie dazu einen Dauerauftrag ein.

Wir danken Ihnen, dass Sie sich unserem Verband anschließen.

Name und Vorname:

Namen der weiteren Mitglieder:

Anschrift:
(Bitte nur die eine Anschrift des angemeldeten Mitglieds angeben)

Telefon / Email:

Datum:

Unterschrift: