

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

- 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..

Name und Vorname:

Namen der
weiteren Mitglieder:

.....

.....

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

.....

Telefon / Email: ¹⁾

Datum:

Unterschrift: ²⁾

1) Mit der laufenden Zusendung von Nachrichten des Vorstands bin ich / wir einverstanden.

2) Mit meiner Unterschrift erkenne(n) ich / wir die Satzung des Vereins mit allen Rechten und Pflichten an. Meine Mitgliedschaft beginnt mit der Einzahlung des Jahresbeitrags. Sie endet am Jahresende und wenn Folgebeiträge nicht entrichtet werden. Der Verwendung der Daten gemäß Datenschutzbestimmungen des Landesverbands Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. stimme ich zu.