

Beitrittserklärung

Antwort bitte senden an:

Landesverband Hessen
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
c/o Edith Mayer
Am Grenzgraben 4
63067 Offenbach

Tel. + Fax: 069 883004

Bankverbindung:
Städtische Sparkasse Offenbach
IBAN: DE59 5055 0020 00039 2186 7
BIC: HELADEF1OFF

-
- Ich möchte zum (Datum) Mitglied werden
- Der Jahresbeitrag von 30,00 Euro beinhaltet die Mitgliedschaft im Landesverband Hessen und im Bundesverband Bonn incl. der vierteljährlich erscheinenden Psychosozialen Umschau.
- Ich möchte Fördermitglied des Landesverbands Hessen der Angehörigen psychisch Kranker werden.
Mein Förderbeitrag beträgt Euro
- Den Beitrag werde ich jährlich auf das Konto der Städtischen Sparkasse Offenbach
IBAN: DE59 5055 0020 00039 2186 7 überweisen.
Ein wichtiger Hinweis:
Wir empfehlen die Einrichtung eines Dauerauftrages

Wir danken Ihnen, dass Sie sich unserem Verband anschließen. So sind wir stärker.

Name und Vorname :

Anschrift :

Telefon :

Datum:

Unterschrift:

Vorsitzender:
Stellvertretende Vorsitzende:
Stellvertretende Vorsitzende:

Manfred Desch
Michael Heller
Edith Mayer