Aufnahmeantrag

Ich möchte dem **Angehörige psychisch erkrankter Menschen Landesverband Berlin e.V.** beitreten.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zusätzliche Personen_____

Anschrift _____

Telefon _____

Emailadresse _____

Möchten Sie E-Mails mit Informationen und Veranstaltungshinweisen erhalten?

Ja □ Nein □

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt:

- □ 50,00 € regulär
- □ 30,00 € ermäßigt
- □ 10,00 € zusätzliche Person
- □ _____ (ab 75,00 €) Fördermitgliedschaft

Der ApK LV Berlin e.V. nimmt Datenschutz sehr ernst. Die Datenschutzerklärung des ApK LV Berlin e.V. finden Sie unter: https://www.apk-berlin.de/de/datenschutzerklaerung.
Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten im Verein einverstanden. Diese Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

_____
Datum Unterschrift

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns eine Einzugs-ermächtigung erteilen. Anderenfalls überweisen Sie bitte den Mitgliedsbeitrag bis zum 1. März des Jahres auf untenstehendes Konto. Vielen Dank.

Angehörige psychisch erkrankter Menschen LV Berlin e.V.
IBAN: DE39 1002 0500 0003 3736 00
BIC: BFSWDE33BER

SEPA-Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) ApK LV Berlin e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von ApK LV Berlin e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Kontoinhaber*in

_____
Kreditinstitut

IBAN _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

BIC _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _ _

Betrag: _ _ , _ _ €

_____
Datum Unterschrift