

Aufnahmeantrag



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

Name

Vorname

Geburtsdatum

Zusätzliche Personen

Straße & Hausnummer

Postleitzahl & Wohnort

Telefon

E-mail

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

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 Einzugsermächtigung erteilen. Andernfalls überweisen Sie bitte den Mitgliedsbeitrag bis zum 1. März des Jahres auf untenstehendes Konto. Vielen Dank.

Angehörige psychisch erkrankter Menschen

Landesverband Berlin e.V.

IBAN: DE43 3702 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