

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und senden Sie es ausgefüllt und unterschrieben an den Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e. V., c/o Monika Zindorf, Postfach 3001, 55020 Mainz

... ja, ich werde Mitglied

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 30 €, der Bezug der Zeitschrift „PSU“ ist im Beitrag enthalten. Der jährliche Mitgliedsbeitragsbeitrag für weitere Familien- oder Haushaltsmitglieder beträgt derzeit 5 €.

Name, Vorname

Geburtsdatum*

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Fax

Mail

Aus meiner Familie/meinem Haushalt treten folgende Personen bei:

Name, Vorname

Geburtsdatum*

Name, Vorname

Geburtsdatum*

Ort, Datum, Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e. V. widerruflich den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag jährlich bei Fälligkeit von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber

Bankleitzahl

Konto-Nr.

Geldinstitut

Ort, Datum, Unterschrift

* Angaben erbeten

Bankverbindung: Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e. V.
Genobank Mainz · BLZ 550 606 11 · Konto-Nr. 206 377

Datenschutz: Ihre Angaben werden für die verbandsinterne Mitglieder- und Beitragsverwaltung und für den Versand der Zeitschrift PSU gespeichert und verarbeitet. Es wird versichert, dass Ihre Daten nicht an andere Personen oder Organisationen weitergegeben werden.