

Aufnahmeantrag/Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich für mich und folgende Familienangehörige die Aufnahme in den Ortsverein München der ApK.

Automatisch ist damit die Mitgliedschaft beim Landes- und Bundesverband eingeschlossen.

Der Beitrag ist erstmalig im Beitrittsjahr fällig und wird im Bankeinzugsverfahren erhoben. Dieser Beitrag und eventuelle Spenden sind steuerlich absetzbar.

Der Jahresbeitrag beträgt 46,00 Euro

Zustelladresse

Familienname

Vorname

Straße

Postleitzahl/Wohnort

Datum und Unterschrift

Mit dieser Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Änderungen der Adresse und der Bankverbindung teile ich dem Verein unverzüglich mit.
Diesen Aufnahmeantrag kann ich bis 14 Tage nach der Beantragung widerrufen.

Weitere Familienangehörige mit gleicher Zustelladresse, die beitragsfreie Mitglieder werden wollen:

Familienname

Vorname

Beruf/Titel

Datum und Unterschrift

Familienname

Vorname

Beruf/Titel

Datum und Unterschrift

Diese Angaben sind freiwillig und bleiben vertraulich bei Ihrem Ortsverein

Telefon mit Vorwahl
Fax und evtl. E-Mail
Beruf/ausgeübte Tätigkeit
Geburtsdatum
Diagnose des erkrankten Familienangehörigen,
soweit bekannt

Geburtsjahr des erkrankten Familienmitgliedes.....

In welchem Verwandtschaftsverhältnis steht das
erkrankte Familienmitglied zu Ihnen

Eltern/Kind/Partner	<input type="checkbox"/>
Bruder/Schwester	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf unseren Verein aufmerksam geworden?

Arzt	<input type="checkbox"/>	Klinik, welche	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/>	Betroffene	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Sozialpsych. Dienst	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfezentrum	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften
für den Zahlungsempfänger**

Name und Anschrift des
Kontoinhabers

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die ApK widerruflich, die von mir /uns zu entrichtenden Zahlungen wegen
Jahresbeitrag
bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres
Kontos bei der Bank

Konto-Nr.

Bankleitzahl

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des
kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teilleistungen werden im
Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift