



Landsberger Str. 135
80339 München
Tel: 089/502 46 73
Fax: 089/510 86 326
E-Mail: apk-muenchen@t-online.de

Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker ihrer Freunde und Förderer München e.V. (ApK München).

Automatisch ist damit die Mitgliedschaft beim Landesverband Bayern eingeschlossen.

Der Beitrag ist erstmalig im Beitrittsjahr fällig und wird im Bankeinzugsverfahren erhoben.
Der Beitrag und eventuelle Spenden sind steuerlich absetzbar.
Der Jahresbeitrag beträgt derzeit 46,00 Euro.

Familienname

Vorname

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Telefon mit Vorwahl*

E-Mail-Adresse*

Beruf/ausgeübte Tätigkeit*

Geburtsdatum*

Ich möchte den Mitgliederbrief und die Programmvorschau per eMail zugesandt bekommen.

Änderungen - insbes. der Adresse und der Bankverbindung - teile ich dem Verein unverzüglich mit.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein ApK München die enthaltenen Daten elektronisch speichert. Die ApK München wird die Daten vertraulich behandeln und Mitgliedsname und Adresse nur an den Landesverband der ApK sowie an den Psychiatrie Verlag (wegen Zusendung der im Mitgliedsbeitrag enthaltenen Zeitschrift „Psychosoziale Umschau“) weitergeben. Insbesondere werden die Daten Dritten nicht zur Verfügung gestellt oder für Werbezwecke genutzt.

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.
Die Satzung des Vereins und eine Kopie dieses Antrags wird mir nach Annahme des Antrags übermittelt.**

Datum und Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat für

**Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker
ihrer Freunde und Förderer München e.V. (ApK München)**

Landsberger Str. 135, 80339 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000111402

Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer:

Ich ermächtige den Verein ApK München, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein ApK München auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut / Bank

Name der Bank

BIC

IBAN DE __ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Kontoinhaber

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Beitragsfreie Zusatzmitglieder der ApK München

Landsberger Str. 135, 80339 München, Tel. 089 / 5024673, Fax: 089 / 5108 326; E-Mail: apk-muenchen@t-online.de

Hauptmitglied

Falls weitere Angehörige beitragsfreie Mitglieder werden wollen, bitte dieses Zusatzblatt ausfüllen und von dem Zusatzmitglied unterschreiben lassen. Eine Postzustellung von Informationen wie Mitgliederbrief, Programmvorschau oder Verbandszeitschrift erfolgt nur an das Hauptmitglied.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker ihrer Freunde und Förderer München e.V. (ApK München).

Familienname

Vorname

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Telefon mit Vorwahl*

E-Mail-Adresse*

Beruf/ausgeübte Tätigkeit*

Geburtsdatum*

Ich möchte den Mitgliederbrief und die Programmvorschau per eMail zugesandt bekommen.

Änderungen - insbes. der Adresse - teile ich dem Verein unverzüglich mit.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein ApK München die enthaltenen Daten elektronisch speichert. Die ApK München wird die Daten vertraulich behandeln und Mitgliedsname und Adresse nur an den Landesverband Bayern der ApK weitergeben. Insbesondere werden die Daten Dritten nicht zur Verfügung gestellt oder für Werbezwecke genutzt.

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.
Die Satzung des Vereins und eine Kopie dieses Antrags wird mir nach Annahme des Antrags übermittelt.**

Datum und Unterschrift

* freiwillige Angabe