



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage(n) ich (wir) die Mitgliedschaft als

- Einzelperson
- Familie
- Psychiatrie-Erfahrene(r)
- Fördermitglied
- fördernde juristische Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf (Angabe freiwillig):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf (Angabe freiwillig):

Straße:

PLZ – Ort:

Berliner Bezirk:

Telefon / Fax:

E-Mail:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Unterschrift: