



# AUFNAHMEANTRAG

Ich möchte / wir möchten dem Verband

**Angehörige psychisch Kranker,**

**Landesverband Berlin e.V.,**

**Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin** beitreten.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen. Gleichwohl steht es Ihnen frei, den jährlichen Mitgliedsbeitrag auf unten stehende Kontoverbindung zu überweisen.

Möchten Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen?

- Ja (Bitte dieses Formular ausfüllen)
- Nein, ich überweise den Betrag auf folgendes Konto:  
Empfänger: **Angehörige psychisch Kranker LV Berlin e.V.**  
IBAN: **DE39100205000003373600**, BIC: **BFSWDE33BER**

## SEPA-Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Kontoinhaber/in

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut

IBAN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Betrag: \_\_ , \_\_ €

Datum und Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

ggf. weitere Familienmitglieder

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Fax, ggf. Ansprechpartner

Emailadresse

Möchten Sie in unsere E-Mail-Verteiler aufgenommen werden Ja  Nein

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt:

- 50,00 € für Einzelpersonen
- 25,00 € für Einzelpersonen (ermäßigt)
- 10,00 € für Psychiatrie-Erfahrene
- 75,00 € für Familien
- ab 75,00 € für Institutionen

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift(en)