

Aufnahmeantrag



Ich möchte dem **Angehörige psychisch erkrankter Menschen Landesverband Berlin e.V.** beitreten.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zusätzliche Personen _____

Anschrift _____

Telefon _____

Emailadresse _____

Möchten Sie E-Mails mit Informationen und Veranstaltungshinweisen erhalten?

Ja Nein

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt:

- 50,00 € regulär
- 30,00 € ermäßigt
- 10,00 € zusätzliche Person
- _____ (ab 75,00 €) Fördermitgliedschaft

Der ApK LV Berlin e.V. nimmt Datenschutz sehr ernst. Die Datenschutzerklärung des ApK LV Berlin e.V. finden Sie unter: <https://www.apk-berlin.de/de/datenschutzerklaerung>.
Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten im Verein einverstanden. Diese Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

Datum Unterschrift

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns eine Einzugs-ermächtigung erteilen. Anderenfalls überweisen Sie bitte den Mitgliedsbeitrag bis zum 1. März des Jahres auf untenstehendes Konto. Vielen Dank.

Angehörige psychisch Kranker LV Berlin e.V.

IBAN: DE39 1002 0500 0003 3736 00

BIC: BFSWDE33BER

SEPA-Lastschriftmandat/ Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) ApK LV Berlin e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von ApK LV Berlin e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in

Kreditinstitut

IBAN ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

BIC _____ / ____

Betrag: __ , __ €

Datum Unterschrift