

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den **Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.**, Thälmannstraße 58, 99085 Erfurt,
Tel.: 0361 - 23 004 038, E-Mail: info@apkm-thueringen.de, Internet: www.apkm-thueringen.de

Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Ich interessiere mich für Informationen zu folgenden Krankheitsbildern:

Zutreffenden Jahresbeitrag bitte ankreuzen:

- ☐ **35 € für Einzelmitglieder mit Erwerbsarbeit**
- ☐ **25 € für Einzelmitglieder ohne Erwerbsarbeit oder Rentner*innen**
- ☐ **15 € für Einzelmitglieder unter 30 Jahren in schul. od. berufl. Ausbildung und Studierende**
- ☐ **15 € für jedes weitere Mitglied aus der Familie.**

Der Beitrag ist bis zum 31.01. jeden Jahres fällig. Der Jahresbeitrag schließt den Bezug der Verbandszeitschrift „Die Schwalbe“ mit ein.

Zusätzlich zu meinem Mitgliedsbeitrag möchte ich gern einen Förderbeitrag leisten. Der Förderbeitrag in Höhe von€ kann jährlich von meinem unten angeführtem Konto eingezogen werden. Die Kontonummer des Landesverbandes lautet: DE04 8305 3030 0000 4026 99

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Beitragsordnung an. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu Vereinszwecken elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die Lastschrift vom Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. einzulösen.

IBAN

bei

BIC

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

Datum

Unterschrift
