



Gemeinsam geht es besser

Landesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Sachsen e.V.
Lützner Straße 75 • 04177 Leipzig

Landesverband
der Angehörigen
psychisch kranker Menschen
in Sachsen e.V.

Lützner Straße 75
04177 Leipzig
Tel.: 0341 47839387
info@lvapk-sachsen.de
www.lvapk-sachsen.de

Registergericht Leipzig, VR 3054
Steuernummer: 232/141/02978

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Landesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Sachsen e.V. und bin bereit, den jährlichen Mitgliedsbeitrag (beinhaltet auch die Mitgliedschaft im Bundesverband der Angehörigen) entsprechend der geltenden Beitragsordnung zu zahlen.

Name*:..... Geburtsdatum*

Adresse*:.....

Telefon*:..... E-Mail:.....

Beruf/tätig als:.....

Angehörigengruppe:.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

*Pflichtangaben

Wir danken, dass Sie sich unserem Verband anschließen. So sind wir stärker



Gemeinsam geht es besser

Landesverband
der Angehörigen
psychisch kranker Menschen
in Sachsen e.V.

Landesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Sachsen e.V.
Lützner Straße 75 • 04177 Leipzig

Lützner Straße 75
04177 Leipzig
Tel.: 0341 47839387
info@lvapk-sachsen.de
www.lvapk-sachsen.de

Registergericht Leipzig, VR 3054
Steuernummer: 232/141/02978

Einzugsermächtigung

Name des Mitglieds

Straße

PLZ Ort

Hiermit ermächtige ich Sie, jederzeit widerruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag für den eingetragenen und als gemeinnützig anerkannten: **Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker Menschen in Sachsen e.V.** in Höhe von€ mittels Lastschrift einzuziehen.

Name der Bank:.....

Ort:

IBAN

BIC

Die Einzugsermächtigung behält nur so lange ihre Gültigkeit, bis ich sie bei dem Verein oder/und dem Geldinstitut widerrufe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift