



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.  
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

## 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