

Werden Sie Mitglied!

Für nur **40 € im Jahr** erhalten Sie

- » **Einzelberatung**
(persönlich, telefonisch und per Zoom)
- » **Telefonische Rechtsberatung** durch eine Fachanwältin für Sozialrecht
- » Teilnahme an unserem **umfangreichen Online-Seminarprogramm**
- » **Ausgewählte Präsenzseminare** nur für Mitglieder
- » **Mitgliedermagazin „unbeirrbar“**
(4 x jährlich)
- » **Politisches Engagement**
- » **und vieles mehr**

ALLES KOSTENFREI FÜR MITGLIEDER!*

*was man sonst noch für 40 € machen könnte:

1 x Essengehen zu zweit
1 x eine halbe Tankfüllung
1 x Lebensmitteleinkauf

 **ApK Bayern**
Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e. V.

Wir sind Angehörige. Wir helfen einander.



MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als **ordentliches Mitglied** **Fördermitglied**
in den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (ApK Bayern)

Der Mitgliedsbeitrag für Einzelpersonen, als Familienbeitrag sowie für fördernde Mitglieder beträgt jährlich 40,00 Euro. Der Mitgliedsbeitrag ist bei Eintritt vor Juli eines laufenden Jahres erstmalig im Beitrittsjahr fällig, bei Eintritt nach Juli erstmalig im folgenden Kalenderjahr. Der Beitrag ist steuerlich absetzbar. Der Mitgliedsbeitrag wird im Bankeinzugsverfahren erhoben.

Anrede, Titel _____
Vorname, Name _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Wohnort _____
Telefon _____
E-Mail-Adresse _____

Kontaktaufnahme

Ich erteile hiermit mein Einverständnis, Informationen per E-Mail zugesandt zu bekommen.
(Das Einverständnis kann jederzeit per E-Mail an info@lapk-bayern.de widerrufen werden.)

Mitgliedermagazin *unbeirrbar*

möchte ich per E-Mail erhalten möchte ich per Post erhalten

Newsletter

Anmeldung zum Newsletter über den Link: <https://www.lapk-bayern.de/newsletter/>
(Der Newsletter kann jederzeit wieder abbestellt bzw. die Einwilligung zur Speicherung und Nutzung der Daten zum Newsletter-Versand jederzeit widerrufen werden - per E-Mail oder telefonisch.)

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass der ApK Bayern meine angegebenen Daten elektronisch speichert. Der ApK Bayern verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des ApK Bayern an. Die Satzung ist im Internet unter www.lapk-bayern.de einsehbar. Auf Wunsch wird sie übersandt.

Ort, Datum

Unterschrift

>>> Bitte SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 3 ausfüllen

Adresse

Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e. V.
Pappenheimstraße 7 | 80335 München
Tel.: 089-51086325 | Fax: 089-51086328
E-Mail: info@lapk-bayern.de | Internet: www.lapk-bayern.de

Bankverbindung

SozialBank AG
IBAN: DE56 3702 0500 0007 8181 00
BIC: BFSWDE33XXX



SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

zum Einzug des Mitgliedsbeitrags für Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (ApK Bayern), Pappenheimstraße 7, 80335 München

Hiermit ermächtige ich den ApK Bayern den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ApK Bayern auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-ID: DE18ZZZ00000253979

Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer* _____

*nicht ausfüllen, wird von ApK Bayern eingetragen

Angaben zur Bankverbindung

Name der Bank _____

BIC _____

IBAN DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Kontoinhaber*in

Vorname, Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in

>>> Bitte Seite 4 und 5 für weitere beitragsfreie Zusatzmitglieder ausfüllen

Adresse

Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e. V.
Pappenheimstraße 7 | 80335 München
Tel.: 089-51086325 | Fax: 089-51086328
E-Mail: info@lapk-bayern.de | Internet: www.lapk-bayern.de

Bankverbindung

SozialBank AG
IBAN: DE56 3702 0500 0007 8181 00
BIC: BFSWDE33XXX



BEITRAGSFREIE ZUSATZMITGLIEDER DES LANDESVERBANDES BAYERN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH ERKRANKTER MENSCHEN E.V.

Wenn weitere Angehörige beitragsfreie Mitglieder werden wollen, bitte dieses Zusatzblatt ausfüllen. Eine Postzustellung der Schriften des Landesverbandes erfolgt nur an das Hauptmitglied.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (ApK Bayern) als Familienmitglied des Hauptmitglieds

Anrede, Titel _____

Vorname, Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Kontaktaufnahme

- Ich erteile hiermit mein Einverständnis, Informationen per E-Mail zugesandt zu bekommen.
(Das Einverständnis kann jederzeit per E-Mail an info@lapk-bayern.de widerrufen werden.)

Mitgliedermagazin *unbeirrbar*

- möchte ich per E-Mail erhalten

Newsletter

Anmeldung zum Newsletter über den Link: <https://www.lapk-bayern.de/newsletter/>
(Der Newsletter kann jederzeit wieder abbestellt bzw. die Einwilligung zur Speicherung und Nutzung der Daten zum Newsletter-Versand jederzeit widerrufen werden - per E-Mail oder telefonisch.)

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass der ApK Bayern meine angegebenen Daten elektronisch speichert. Der ApK Bayern verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des ApK Bayern an. Die Satzung ist im Internet unter www.lapk-bayern.de einsehbar. Auf Wunsch wird sie übersandt.

Ort, Datum

Unterschrift

Adresse

Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e. V.
Pappenheimstraße 7 | 80335 München
Tel.: 089-51086325 | Fax: 089-51086328
E-Mail: info@lapk-bayern.de | Internet: www.lapk-bayern.de

Bankverbindung

SozialBank AG
IBAN: DE56 3702 0500 0007 8181 00
BIC: BFSWDE33XXX



BEITRAGSFREIE ZUSATZMITGLIEDER DES LANDESVERBANDES BAYERN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH ERKRANKTER MENSCHEN E.V.

Wenn weitere Angehörige beitragsfreie Mitglieder werden wollen, bitte dieses Zusatzblatt ausfüllen. Eine Postzustellung der Schriften des Landesverbandes erfolgt nur an das Hauptmitglied.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (ApK Bayern) als Familienmitglied des Hauptmitglieds

Anrede, Titel _____
Vorname, Name _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Wohnort _____
Telefon _____
E-Mail-Adresse _____

Kontaktaufnahme

- Ich erteile hiermit mein Einverständnis, Informationen per E-Mail zugesandt zu bekommen.
(Das Einverständnis kann jederzeit per E-Mail an info@lapk-bayern.de widerrufen werden.)

Mitgliedermagazin *unbeirrbar*

- möchte ich per E-Mail erhalten

Newsletter

Anmeldung zum Newsletter über den Link: <https://www.lapk-bayern.de/newsletter/>
(Der Newsletter kann jederzeit wieder abbestellt bzw. die Einwilligung zur Speicherung und Nutzung der Daten zum Newsletter-Versand jederzeit widerrufen werden - per E-Mail oder telefonisch.)

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass der ApK Bayern meine angegebenen Daten elektronisch speichert. Der ApK Bayern verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des ApK Bayern an. Die Satzung ist im Internet unter www.lapk-bayern.de einsehbar. Auf Wunsch wird sie übersandt.

Ort, Datum

Unterschrift

Adresse

Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e. V.
Pappenheimstraße 7 | 80335 München
Tel.: 089-51086325 | Fax: 089-51086328
E-Mail: info@lapk-bayern.de | Internet: www.lapk-bayern.de

Bankverbindung

SozialBank AG
IBAN: DE56 3702 0500 0007 8181 00
BIC: BFSWDE33XXX