

# Werden Sie Mitglied!

**SCHON AB 50 € IM JAHR ERHALTEN SIE**

- » **Einzelberatung**  
(persönlich, telefonisch oder online)
- » **Telefonische Rechtsberatung** durch eine  
Fachanwältin für Sozialrecht
- » **Mitgliedermagazin „unbeirrbar“**
- » **Präsenzseminare** exklusiv für Mitglieder
- » **Umfangreiches Online-Seminarprogramm**
- » **Angehörigen-App** mit Mitgliederbereich
- » **Möglichkeit zur ehrenamtlichen Mitarbeit**
- » **Politisches Engagement**

**ALLES INKLUSIVE FÜR MITGLIEDER!**



## MITGLIEDSANTRAG

- Hiermit beantrage ich eine
- Einzelmitgliedschaft (50 € Jahresbeitrag)
  - Familienmitgliedschaft (60 € Jahresbeitrag)
  - Fördermitgliedschaft (60 € Jahresbeitrag)

im Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (ApK Bayern).

Der Jahresbeitrag wird bei Beginn der Mitgliedschaft in der ersten Jahreshälfte in voller Höhe erhoben. Bei Eintritt ab Juli wird die Hälfte des jährlichen Mitgliedsbeitrags fällig. Der Mitgliedsbeitrag wird im Bankeinzugsverfahren eingezogen und ist steuerlich absetzbar.

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

### Kontaktaufnahme

- Ich erteile hiermit mein Einverständnis, Informationen per E-Mail zu erhalten.  
(Das Einverständnis kann jederzeit per E-Mail an [info@lapk-bayern.de](mailto: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 ApK Bayern meine angegebenen Daten elektronisch speichert. ApK Bayern verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des ApK Bayern an. Einsehbar über den Link: <https://www.lapk-bayern.de/ueber-uns/struktur/satzung/>.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**>>> Bitte SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 2 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](mailto:info@lapk-bayern.de) | Internet: [www.lapk-bayern.de](http://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 ApK Bayern den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, diese Lastschrift 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

**>>> Für eine Familienmitgliedschaft bitte Formulare ab 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



# FAMILIENMITGLIEDSCHAFT IM LANDESVERBAND BAYERN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH ERKRANKTER MENSCHEN E.V.

Name des Hauptmitglieds: \_\_\_\_\_

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

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](mailto: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 ApK Bayern meine angegebenen Daten elektronisch speichert. ApK Bayern verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des ApK Bayern an. Einsehbar über den Link: <https://www.lapk-bayern.de/ueber-uns/struktur/satzung/>.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Familienmitglieds

### 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](mailto:info@lapk-bayern.de) | Internet: [www.lapk-bayern.de](http://www.lapk-bayern.de)

### Bankverbindung

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



# FAMILIENMITGLIEDSCHAFT IM LANDESVERBAND BAYERN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH ERKRANKTER MENSCHEN E.V.

Name des Hauptmitglieds: \_\_\_\_\_

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

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](mailto: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 ApK Bayern meine angegebenen Daten elektronisch speichert. ApK Bayern verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des ApK Bayern an. Einsehbar über den Link: <https://www.lapk-bayern.de/ueber-uns/struktur/satzung/>.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Familienmitglieds

### 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](mailto:info@lapk-bayern.de) | Internet: [www.lapk-bayern.de](http://www.lapk-bayern.de)

### Bankverbindung

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