

# Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

## Beitrittserklärung

---

Antwort bitte senden an:

LapK Hessen e.V.  
c/o Dr. Marion Pausch  
Breitlacherstr. 58  
60489 Frankfurt

Bankverbindung:  
Städtische Sparkasse Offenbach  
IBAN: DE59 5055 0020 0003 9218 67

- Wir / Ich möchte(n) zum ..... (Datum) Mitglied werden
- Der Jahresbeitrag von 30,00 Euro beinhaltet die Einzel- oder Familien-Mitgliedschaft im Landesverband Hessen sowie im Bundesverband BApK incl. der vierteljährlich erscheinenden *Psychozialen Umschau*.
- Für den Einzug des Jahresbeitrags erteile ich eine Einzugsermächtigung. Diese erlischt bei Kündigung der Mitgliedschaft.
- Ich möchte Fördermitglied des LApK Hessen e.V. werden.  
Mein jährlicher Förderbeitrag beträgt ..... Euro. Für den Einzug des jährlichen Förderbeitrages erteile ich eine Einzugsermächtigung. Diese kann ich jederzeit widerrufen

Name und Vorname: .....

Namen der weiteren Mitglieder: .....

Anschrift:  
(Bitte nur die eine Anschrift des angemeldeten Mitglieds angeben)  
.....

Kontoverbindung: IBAN: .....

BIC: .....

Mailadresse (obligatorisch) <sup>1)</sup> .....

Telefon (optional) .....

**Datum:** ..... **Unterschrift:** <sup>2)</sup> .....

---

<sup>1)</sup> Mit verbandsinternen Informationen per E-Mail, z.B. über Angehörigentagungen / Mitgliederversammlungen, bin ich einverstanden.

<sup>2)</sup> Mit meiner Unterschrift erkenne(n) ich / wir die Satzung des Vereins mit allen Rechten und Pflichten an. Meine Mitgliedschaft beginnt mit dem Einzug des Jahresbeitrags. Der Verwendung der Daten gemäß Datenschutzbestimmungen des Landesverbands Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. stimme ich zu. Die Satzung und die Datenschutzbedingungen können über die Homepage des Verbandes abgerufen werden.