

## Beitrittserklärung

Antwort bitte senden an:

Landesverband Hessen  
der Angehörigen psychisch Kranker 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 und im Bundesverband Bonn incl. der vierteljährlich erscheinenden Psychosozialen Umschau zum gleichen Preis.
- Ich möchte Fördermitglied des Landesverbands Hessen der Angehörigen psychisch Kranker werden.  
Mein Förderbeitrag beträgt ..... Euro.
- Den Beitrag werden wir jährlich auf das Konto der Städtischen Sparkasse Offenbach **IBAN: DE59 5055 0020 0003 9218 67** per Überweisung entrichten. Bitte richten Sie dazu einen Dauerauftrag ein..

Name und Vorname: .....

Namen der weiteren Mitglieder: .....

.....

.....

Anschrift: .....

(Bitte nur die eine Anschrift des angemeldeten Mitglieds angeben)

.....

Telefon / Email: <sup>1)</sup> .....

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

- 1) Mit der laufenden Zusendung von Nachrichten des Vorstands bin ich / wir einverstanden.
- 2) Mit meiner Unterschrift erkenne(n) ich / wir die Satzung des Vereins mit allen Rechten und Pflichten an.Meine Mitgliedschaft beginnt mit der Einzahlung des Jahresbeitrags. Der Verwendung der Daten gemäß Datenschutzbestimmungen des Landesverbands Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. stimme ich zu.