

Verein der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in der Region 10

Esplanade 1
85049 Ingolstadt
Tel: 0841/95 39 95 -13
www.angehoerige-ingolstadt.de



Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in der Region 10.

Automatisch ist damit die Mitgliedschaft beim Landesverband Bayern eingeschlossen.

Der Beitrag ist erstmalig im Beitrittsjahr fällig und wird im Bankeinzugsverfahren erhoben. Der Beitrag und eventuelle Spenden sind steuerlich absetzbar.
Der Jahresbeitrag beträgt derzeit 36,00 Euro.

Familienname
Vorname
Straße
Postleitzahl / Wohnort
Telefon mit Vorwahl *
E-Mail-Adresse *
Beruf/ausgeübte Tätigkeit *
.....
Geburtsdatum *

Ich möchte den Mitgliederbrief und die Programmvorschau per E-Mail zugesandt bekommen.

Änderungen, insbes. der Adresse und der Bankverbindung, teile ich dem Verein unverzüglich mit.

Ich bin damit einverstanden, dass der Angehörigenverein Region 10 die enthaltenen Daten elektronisch speichert. Der Angehörigenverein wird die Daten vertraulich behandeln und Mitgliedsname und Adresse nur an den Landesverband der ApK weitergeben. Insbesondere werden die Daten Dritten nicht zur Verfügung gestellt oder für Werbezwecke genutzt.

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.
Die Satzung des Vereins und eine Kopie dieses Antrags werden mir nach Annahme des Antrags übermittelt.**

Datum und Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat

Verein der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
in der Region 10.
Esplanade 1, 85049 Ingolstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000279752

Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer:

Ich ermächtige den Angehörigenverein Region 10, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, der Angehörigenverein in der Region 10 auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut / Bank

Name der Bank

BIC

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

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.

Kontoinhaber

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

**Beitragsfreie Zusatzmitglieder des Angehörigenvereins in der
Region 10, Esplanade 1, 85049 Ingolstadt** Tel. 0841/95 39 95 -13, Fax: 0841/95 39 95-19;
E-Mail: eva.straub@bingo-ev.de

Hauptmitglied

Falls weitere Angehörige beitragsfreie Mitglieder werden wollen, bitte dieses Zusatzblatt ausfüllen und von dem Zusatzmitglied unterschreiben lassen. Eine Postzustellung von Informationen wie Mitgliederbrief, Programmvorschau oder Verbandszeitschrift erfolgt nur an das Hauptmitglied.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in der Region 10.

Familienname

Vorname

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Telefon mit Vorwahl *

E-Mail-Adresse *

Beruf/ausgeübte Tätigkeit *

Geburtsdatum *

Ich möchte den Mitgliederbrief und die Programmvorschau per E-Mail zugesandt bekommen.

Änderungen, insbesondere der Adresse, teile ich dem Verein unverzüglich mit.

Ich bin damit einverstanden, dass der Angehörigenverein Region 10 die enthaltenen Daten elektronisch speichert. Der Angehörigenverein wird die Daten vertraulich behandeln und Mitgliedsname und Adresse nur an den Landesverband der ApK weitergeben. Insbesondere werden die Daten Dritten nicht zur Verfügung gestellt oder für Werbezwecke genutzt.

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.
Die Satzung des Vereins und eine Kopie dieses Antrags werden mir nach Annahme des Antrags
übermittelt.**

Datum und Unterschrift

* freiwillige Angabe