



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt

- zur **Gruppe** der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (ApK) in _____
(dieses Blatt bei der Angehörigengruppe einreichen)
- zum **Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen** als
 - Einzelmitglied**
 - Fördermitglied**(dieses Blatt senden an: Frau Ingrid Rakoczy, Feldbergstr. 25, 71106 Magstadt)

Die Mitglieder einer Angehörigengruppe sind auch ordentliche Mitglieder des Landesverbandes Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (LV BW ApK), Hebelstr. 7, 76448 Durmersheim, der Mitglied im Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), Bonn, ist.

- Ich bestelle die **Psychosoziale Umschau (PSU)** zum Preis von z. Zt. **€ 16,00 / Jahr**, ab 01.01.2019 **€ 20,00 /Jahr**; 4 Hefte pro Jahr; frei Haus; der **Bezugspreis** ist jeweils mit dem Beitrag zu zahlen).

Jährlicher Mitgliedsbeitrag z. Zt. € 13,00, ab 01.01.2019 € 20,00

Anteil für die beiden o.g. Verbände	_____	€
Anteil für örtliche Angehörigengruppe	_____	€
Gesamtbeitrag (ohne PSU)	_____	€
+ Bezug der PSU (siehe unten) z. Zt. € 16,00, ab 01.01.2019 € 20,00	_____	€
Gesamtbeitrag mit PSU	_____	€

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Tel.-Nr. / Fax-Nr. _____ E-Mail-Adresse _____

- Als Solidarmitglied(er) (ohne Beitrag) melde ich folgende Familienmitglieder an:

Den **Mitgliedsbeitrag** und gegebenenfalls den **PSU - Bezugspreis** zahle ich wie folgt:

- an die oben genannte Gruppe
- durch **Einzugsermächtigung** (zwingend bei Einzel- und Fördermitgliedschaft)

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer DE46ZZZ00000843138)

Ich ermächtige den Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e. V. auf mein Konto gezogenen 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.

Konto bei der _____ BLZ _____

IBAN: _____ BIC: _____

Falls mit o. a. Person nicht identisch; Kontoinhaber:

Name	Vorname	Straße	PLZ	Wohnort
------	---------	--------	-----	---------

Datenschutzhinweis: Ich willige ein, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden und für die verbandsinterne Mitglieder- und Beitragsverwaltung und für den Versand der Zeitschrift PSU verarbeitet werden. Es wird versichert, dass Ihre Daten nicht an andere Personen und Organisationen weiter gegeben werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Geschäftsstelle: Hebelstraße 7, 76448 Durmersheim, Tel. 0 72 45 /91 66 15, E-Mail: lvbwapk@t-online.de; Homepage: www.lvbwapk.de
Konto: Kreissparkasse Ludwigsburg, Konto-Nr. 23441, BLZ 604 500 50; IBAN DE26 6045 0050 0000 0234 41, BIC: SOLADES1LBG

Vorstand: Barbara Mechelke-Bordanowicz, Bruchsal, Vorsitzende; Alfred Ehret, Bad Dürkheim, stellv. Vorsitzender; Liane Karden-Krauß, Appenweier, stellv. Vorsitzende; Ingrid Rakoczy, Magstadt, Kasse/ Mitgliederverwaltung; Rachel Fritsch, Gaggenau; Ewald Gauß, Calw; Dr. Klaus Jaehn, Pforzheim; Heike Petereit-Zipfel, Emmendingen; Uschi Schneider-Eichbaum, Michelfeld.