



MITGLIEDSANTRAG

zum Verein der Angehörigen psychisch Kranker Augsburg e.V. (ApK Augsburg e.V.); schließt Mitgliedschaft im Landesverband mit ein.

Herr / Frau / Titel _____

Vorname / Name _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Art der Mitgliedschaft

Ich bin Angehörige/r eines psychisch Kranken und möchte Mitglied beim ApK Augsburg e.V. werden.

Ich bin nicht Angehörige/r eines psychisch Kranken und möchte förderndes Mitglied beim ApK Augsburg e.V. werden.

Folgende Angehörige meiner Familie möchten ohne zusätzlichen Beitrag als Mitglied mit aufgenommen werden:

Name, Vorname Straße, PLZ und Ort

Name, Vorname Straße, PLZ und Ort

Name, Vorname Straße, PLZ und Ort

Der Jahresbeitrag in Höhe von 39 € ist nach Zustellung eines Überweisungsvordruckes fällig, in der Regel im April jeden Jahres. Beiträge und Zuwendungen (Spenden) sind steuerlich absetzbar. Bei Beiträgen ab 100 € erhalten Sie eine Spendenbescheinigung.

Als Mitglied erhalten Sie vierteljährlich die Verbandszeitschrift „unbeirrbar“ kostenlos.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein ApK Augsburg die enthaltenen Daten elektronisch speichert.



Der ApK Augsburg wird die Daten vertraulich behandeln, insbesondere werden die Daten Dritten nicht zur Verfügung gestellt oder für Werbezwecke genutzt.

Ich bin einverstanden, dass Mitgliedsname und Adresse an den Landesverband der ApK (ApK Bayern e. V.) wegen Zusendung der im Mitgliedsbeitrag enthaltenen Mitgliederzeitschrift, weitergegeben werden.

Ich bin einverstanden, in den E-Mail-Verteiler aufgenommen zu werden und Informationen per E-Mail zu erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift