



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich / wir beantrage/n die Mitgliedschaft im

Landesverband Hamburg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

- als
- Mitglied
 - Familienmitglied (als 2. oder weiteres Mitglied der Familie)
 - förderndes Mitglied

1.
(Vorname) (Zuname)

2.
(Vorname) (Zuname)

3.
(Vorname) (Zuname)

.....
(PLZ) (Ort) (Straße)

.....
.....(Telefon) (E-Mail)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 31,00 € jährlich für das erste Familienmitglied und 9 € jährlich für jedes weitere Familienmitglied. Die Satzung wurde zur Kenntnis genommen. Es besteht Einverständnis, dass sämtliche Benachrichtigungen des Landesverbandes jeweils an ein Mitglied der Familie gesandt werden und die Korrespondenz vorzugsweise elektronisch erfolgt, sofern uns eine E-Mail-Adresse vorliegt.

.....
(Ort, Datum) (Unterschrift/en)

Wir freuen uns über die Antragszusendung wahlweise

per Post: Landesverband Hamburg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Wichmannstraße 4, Haus 2

22607 Hamburg, oder

per Fax: 040-68 87 87 94 oder

per E-Mail: kontakt@lapk-hamburg.de

Möchten Sie regelmäßig durch unseren newsletter informiert werden?

- ja
- nein