

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08 ZZZ0 0000 4584 41

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Hiermit ermächtige ich/wir den **Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V.** die Jahresmitgliedsbeiträge in Höhe von

_____ €

zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschriften einzuziehen.

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.

Bankverbindung

Bankname: _____

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

Kontoinhaber: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hinweis:

1. Mindestbeitrag für eine Einzel-/Erstperson 20 €/Jahr
2. Mindestbeitrag je Familienmitglied 10 €/Jahr
3. Mindestbeitrag für eine Institution 50 €/Jahr
4. Beitrag Psychosoziale Umschau 20 €/Jahr
5. Beitrag Eppendorfer Zeitung für Psychiatrie 40 €/Jahr