

LV S-H AFpK e. V., Hopfenstraß 1d, 24114 Kiel
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE08 2220 0000 4584 41
Mandatsreferenz:
WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den LV S-H AFpK e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von vom LV S-H AFpK 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.

.....
Vorname & Name (Kontoinhaber)

.....
Straße & Hausnummer

.....
Postleitzahl & Ort

.....
Kreditinstitut

DE __ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _
IBAN

.....
Datum, Ort & Unterschrift

Der jährliche Mindest-Mitgliedsbeitrag beträgt:

- für Einzelpersonen: 20 €
- für Familienmitglieder: 10 €
- für Institutionen: 50 €
- ggf. für das Jahres-Abo der „Psychosozialen Umschau“: 20€
- ggf. für das Jahres-Abo der „Eppendorfer Zeitung für Psychiatrie“: 40€

Bankverbindung
LV S-H AFpK e. V.
Sparkasse zu Lübeck AG
IBAN: DE36 2305 0101
0001 0132 18

Die Satzung und nähere Informationen über die Tätigkeit des Verbandes werden Ihnen zugesandt, wenn Sie es wünschen bzw. finden Sie unter www.lvsh-afpk.de

Einladung zur Mitgliedschaft



LANDESVERBAND
SCHLESWIG-HOLSTEIN
DER ANGEHÖRIGEN UND FREUNDE
PSYCHISCH KRANKER E. V.
www.lvsh-afpk.de

Wir laden Sie herzlich ein,
Mitglied zu werden im

**Landesverband Schleswig-
Holstein der Angehörigen und
Freunde psychisch Kranker e. V.**
(LV S-H AFpK e. V.)

Noch immer werden psychisch kranke
Menschen ausgegrenzt, stigmatisiert,
ihnen wird mit Vorurteilen begegnet und
sie werden oft nicht angemessen betreut.

Wenn nicht wir, wer soll dann für ihre
Rechte kämpfen? Sie selbst sind meistens
nicht in der Lage dazu.

Nur ein starker Verband kann die
Interessen seiner Mitglieder in der
Öffentlichkeit und gegenüber Behörden
und Institutionen erfolgreich vertreten.

Bitte, unterstützen Sie unsere Arbeit und
senden Sie die Beitrittserklärung ausgefüllt
an den

**Landesverband Schleswig-Holstein
der Angehörigen und Freunde
psychisch Kranker e. V.**
Hopfenstraße 1d
24 114 Kiel

E-Mail: kontakt@lvsh-afpk.de

Telefon: 0431-26 09 56 90

Internet: www.lvsh-afpk.de

Beitrittserklärung

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

.....

Telefon:

E-Mail:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt
zum Landesverband Schleswig-
Holstein der Angehörigen und
Freunde psychisch Kranker e. V.

Datum:

Unterschrift: