



Landesverband Psychiatrie - Erfahrener e.V. Hamburg

An den Vorstand des
Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V.
Wichmannstraße 4 Haus 2
22607 Hamburg

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Landesverband Psychiatrie-Erfahrener.

Name: Vorname:
Straße: PLZ/Ort:
Telefon: / Mobil:
Mail:

Ich zahle einen Jahresbeitrag von,- €.
Heimbewohner*innen, die nur ein Taschengeld bekommen (muss nachgewiesen werden) zahlen 5,- Euro. Sozialhilfeempfänger*innen oder Bezieher*innen niedriger Arbeitslosenhilfe zahlen 10,- Euro. Ansonsten mindestens 20,- Euro.

Ort, Datum: Unterschrift:

Zahlungsoptionen (bitte ankreuzen):

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Landesverband Psychiatrie-Erfahrener widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem unten angegebenen Konto einzuziehen.

Meine Bankverbindung lautet:

Kreditinstitut:
IBAN:
Ort, Datum: Unterschrift:

Überweisung / Einzahlung

Ich überweise meinen Jahresbeitrag auf das Konto des **LPE e.V. Hamburg** bei der
Institut: HAMBURGER SPARKASSE
IBAN: DE55 2005 0550 1502 1293 05
BIC: HASPDEHHXXX
und zahle unaufgefordert jeweils im Januar meinen Jahresbeitrag.

Ort, Datum: Unterschrift:

Der Schutz Eurer Daten ist uns wichtig. Wir geben Eure Daten nicht weiter.
Die Mitgliedsbeiträge werden je laufendem Kalenderjahr fällig, unabhängig vom Eintrittsdatum.