

LPEN (www.lpen-online.de)

**Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener
Niedersachsen e.V.**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und an folgende Adresse zurücksenden:

LPEN e.V.
Maria Matzel
Sommerstr. 17
31246 Ilsede

Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Landesarbeitsgemeinschaft
Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e.V. und erkenne die Satzung an.**

Name Vorname

Straße PLZ / Ort

Geburtsdatum: Telefon

- Ich möchte **Mitglied** werden und zahle einen Beitrag von 10,- Euro im Jahr.
- Ich bin Mitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) und zahle daher keinen Jahresbeitrag.
- Ich möchte **Fördermitglied** werden und zahle einen Beitrag von ____ Euro im Jahr (mindestens 10,-Euro).

Ort, Datum

Unterschrift

Für Mitglieder und Fördermitglieder:

(Aus Gründen der einfacheren Mitgliederverwaltung bitten wir die folgende Abbuchungserlaubnis zu unterschreiben – Danke !)

Hiermit erteile ich eine Abbuchungserlaubnis für den Jahresbeitrag in Höhe von ____ Euro.

Kontonummer Bank BLZ

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Adresse und Telefonnummer, wie oben angegeben, an andere betroffene Mitglieder des Vereins LPEN e.V. weitergegeben werden darf.

Ort, Datum

Unterschrift

Freiwillige Angaben:

Fax Handy

E-mail Homepage