

Münchner Psychiatrie-Erfahrene (MüPE) e. V.

Gefördert vom Bezirk Oberbayern, von der Landeshauptstadt München und der AOK Bayern

Thalkirchner Str. 10, 80337 München

☎ 089/ 260 230 25 Fax: 089/ 260 230 84

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme zu den
Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Ich möchte als Psychiatrie-Erfahrene/r Mitglied werden

Ich möchte förderndes Mitglied (ohne Stimmrecht) werden

Ich zahle einen Jahresbeitrag von €

Je nach Einkommen sind zwei Beitragsstufen vorgesehen:

€ 31,00 im Jahr für Normalverdienende

€ 15,00 im Jahr für Wenigverdienende (SozialhilfeempfängerInnen, RentnerInnen, Arbeitslose u. v. m.)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Beitragsordnung an. Ich bin damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten zu vereinsinternen Zwecken elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Mit der Weitergabe meiner Anschrift an Vereinsmitglieder bin ich einverstanden. Ja / Nein – Mit der Weitergabe meiner Telefonnummer an Vereinsmitglieder bin ich einverstanden. Ja / Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag ist auf folgendes Konto einzuzahlen:
Nr. 886 22 00 bei der Bank für Sozialwirtschaft BLZ 700 205 00.



Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag zu Lasten meines Kontos Nr.

bei der/ dem (Bankinstitut)

BLZ: mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Beitrittserklärung