

Liebe Angehörige,  
sehr geehrte Damen und Herren,

schön, dass Sie unserem Verband beitreten möchten.

Sie erhalten mit Ihrer Mitgliedschaft die Möglichkeit, sich zu informieren und kommen mit anderen Angehörigen in Kontakt, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben wie Sie. Sie unterstützen damit ebenfalls unsere Arbeit auf Landesebene für eine bessere psychiatrische Versorgung.

Füllen Sie bitte die Beitrittserklärung aus und übersenden Sie uns diese per Post oder per Email.

Wir freuen uns auf Sie!



Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.  
Angehörige psychisch Kranker

Geschäftsstelle:  
Jerichower Straße 30  
39114 Magdeburg  
info@lsa-apk.de  
Tel. 0800-7235769

# Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Sachsen-Anhalt e. V.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte überweisen Sie den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 30 Euro (ermäßigt 20 Euro) immer zum Jahresanfang auf das folgende Konto:

IBAN DE21 8008 0000 0202 9443 00

BIC DRESDEFF800