

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 machen wie Sie. Sie helfen, den Angehörigen und damit auch den psychisch Erkrankten in Sachsen-Anhalt eine Lobby zu geben. Vorteile sind: Unsere regelmäßigen Veranstaltungen sind für Sie kostenfrei.

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
<https://angehoerige-sachsen-anhalt.de>
info@angehoerige-sachsen-anhalt.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