

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: _____

Beitrag:	30 Euro/Jahr
Rentnerinnen und Rentner:	20 Euro/Jahr
Studierende, Azubis, Schülerinnen und Schüler sowie Inhaber des Sozialpasses:	10 Euro/Jahr

Bitte überweisen Sie jedes Jahr bis zum 30. Mai auf das folgende Konto:
Commerzbank IBAN: DE21 8008 0000 0202 9443 00 BIC: DRESDEFF800