

**Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen
e.V. LPEN (www.lpen-online.de)**

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

Bankverbindung: Sparkasse Hildesheim

IBAN: DE40 2595 0130 0035 0537 34, BIC: NOLADE21HIK ,
Vereinsregister-Eintrag Nr.: 201 590 , Amtsgericht Hannover Stand: Januar 2017

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:

Handy

E-mail

Homepage