

## Beitrittserklärung – Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e.V.

Name, Vorname
Straße
PLZ / Ort
Telefon
E-Mail
Krankenkasse (Angabe freiwillig)

Weitergabe von Daten an Vereinsmitglieder	Ja	Nein
Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitgliedschaft: ☐ Mitglied ☐ Fördermitglied

### Jahresbeitrag:

Mitglieder bis 1.000,-- € monatliches Einkommen: 10,-- €

Mitglieder ab 1.001,-- € monatliches Einkommen: 20,-- €

Fördermitglieder: 25,-- € oder freiwillig mehr

### Zahlung an:

VPE Bielefeld – Volksbank Bielefeld-Gütersloh

Konto-Nr. 401 037 4100 | BLZ 480 600 36

IBAN: DE52 4806 0036 4010 3741 00 | BIC: GENODEM1GTL

Alternativ bar oder per Scheck an die Kassenführung.

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

### Vereinsadresse:

Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e.V.

Brunnenstraße 4 33611 Bielefeld

tel: 0521 33783216 mail: info@vpe-bielefeld.de