



**Mitglied des Landesverbandes der Freundeskreise für  
Suchtkrankenhilfe Landesverband Bayern .e.V**

## **Beitrittserklärung**

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundeskreis**

.....

**Name, Vorname:** .....

**Straße, Hausnummer:** .....

**PLZ, Ort:** .....

**geboren am:** .....

**Telefon** .....

**E-Mail:** .....

### Einzugsermächtigung

Der Mitgliedsbeitrag darf bis zu meinem jederzeit möglichen Widerruf von dem nachfolgend angegebenen Konto abgebucht werden.

**Jahresbeitrag:** .....

**IBAN** .....

**BIC:** .....

**Name/Ort des Geldinstituts:** .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift