

**Bundesarbeitsgemeinschaft
der
Ärzte und Psychologen in der Straffälligenhilfe e.V.**

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die BAGÄP.

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 40.-

lasse ich von Ihnen einziehen (Einzugsermächtigung anbei)
 zahle ich zu Anfang eines jeden Jahres selbst ein bei der
Bank für Sozialwirtschaft Berlin, Konto-Nr. 3225800, BLZ 100 205 00

Name, Vorname _____

Beruf _____

Privatanschrift:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Dienstanschrift:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Ich möchte die Mitgliedspost an meine Privatanschrift Dienstanschrift

Ort und Datum

Unterschrift