Abo oder Beitrittserklärung

Bitte **IN BLOCKSCHRIFT** ausfüllen

Name: _____

Straße: _____

PLZ., Ort: _____

Telefon: _____ **Email:** _____

Schulname: _____

Schuladresse: _____

☐ Hiermit erkläre ich meinen **Beitritt zum „Arbeitskreis Schule und Psychiatrie“ SchuPs**. Ich erkenne die Satzung als für mich bindend an (siehe: ***schups.org***). Die Mitgliedschaft gilt so lange, bis ich sie s c h r i f t l i c h widerrufe. Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist der Bezug der **SchuPs**-Zeitung.

Ich bin damit einverstanden, dass **SchuPs** den jeweils gültigen Jahresbeitrag (derzeit € 30,-) von folgendem Konto einzieht.

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: ..... | | | | | | | | | | |

☐ Ich möchte die **Zeitschrift SchuPs** ab der Ausgabe Nr. ____ **abbonnieren**.
Ich bin damit einverstanden, dass die jeweils gültigen Bezugskosten (derzeit € 6,-) von folgendem Konto eingezogen werden.

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | |

☐ Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in den **Verteiler des „Arbeitskreises Schule und Psychiatrie“** aufgenommen werden

_____

Ort. Datum, Unterschrift

Bitte senden an:

Rainer Staska
Grüner Weg 5a
35764 Sinn - Fleisbach
Tel.: 02772/53524 FAX: 02772/ 504 1479
Mail: r.staska@schups.org

Der Arbeitskreis wird vertreten durch:

Michaela Mosch, geschäftsf. Sprecherin
Carsten Diederichsen
Ulrike Herbarth
Christoph Henrich