

**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 € 50,-

lasse ich  von Ihnen einziehen (Einzugsermächtigung anbei)

zahle ich zu Anfang eines jeden Jahres selbst ein bei der Bank für  
Sozialwirtschaft, IBAN: DE 59 1002 0500 00032258 00,  
BIC: BFSWDE33BER

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

**Privatanschrift:**

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Email \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift:**

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Email \_\_\_\_\_

Ich möchte die Mitgliedspost an meine  Privatanschrift  Dienstanschrift

Mit der Versendung der Mitgliedspost per Email bin ich einverstanden: ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift