



AUFNAHMEANTRAG (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN)

Durch Ihre Mitgliedschaft sorgen Sie mit dafür, dass es vielen Betroffenen bessergeht und sie den Lebensabend würdig gestalten können.

Ich möchte der Alzheimer-Gesellschaft Krefeld-Niederrhein e. V. ab dem _____ beitreten

Firma:
Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon, Mobiltelefon:
Telefax:
E-Mail-Adresse:
Ort, Datum, Unterschrift:

Bitte ziehen Sie den jährlichen Mitgliedsbeitrag (Mindestbeitrag) in Höhe von unten aufgeführtem Konto ein (bitte ankreuzen):

- 5,00 EUR für Schüler und Auszubildende
- 25,00 EUR für natürliche Personen
- 100,00 EUR für Einrichtungen der ambulanten oder stationären Pflege
- 300,00 EUR für juristische Personen

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00002056555 Mandatsreferenz („Jahresbeitrag – Mitgliedsnummer“)

Ich ermächtige den Verein Alzheimer-Gesellschaft Krefeld-Niederrhein e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Alzheimer-Gesellschaft Krefeld Niederrhein e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: BIC:.....

Konto-Inhaber..... IBAN:.....

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

....., den