

Mitgliedsantrag

Ich / Wir beantrage(n) die Aufnahme in die Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V.,
Am Schlosspark 75 b, 65203 Wiesbaden, Telefon 0611 724423-0

Art der Mitgliedschaft bei einem Jahresbeitrag von:

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft | 36,00 € |
| (reduzierter Beitrag für HelferInnen) | 24,00 € |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft | 48,00 € |
| <input type="checkbox"/> Juristische Person | 80,00 € |

Abweichend von oben zahle ich einen Jahresbeitrag von _____ €.

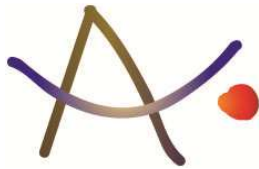
Bei Familienmitgliedschaft bitten wir um Angaben für beide AntragstellerInnen!

Name(n):
Vorname(n):
Geburtsdatum:
Straße / Hausnummer:
PLZ / Ort:
Telefon:
E-Mail:

Die auf diesem Formular erhobenen Daten dienen der Vereinsarbeit und werden von der Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V. zum Zweck interner Daten- und Textverarbeitung elektronisch gespeichert und verarbeitet (§§ 28, 33 BDSG).

Ort, Datum

Unterschrift(en)



SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V., Gläubiger-Identifikationsnummer: DE85ZZZ00000227650, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden 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.

Kontoinhaber(in):
Kreditinstitut:
BIC:
IBAN:

Die Mandatsreferenznummer wird mit dem Begrüßungsschreiben mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift

Wird von der Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V. ausgefüllt!

Begrüßungsschreiben mit Satzung am:
In KoLiBri eingepflegt am:
In Mail-Verteiler eingepflegt am:
In Ordner „Mitglieder“ am: