



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 zum Zweck der Mitgliederverwaltung sowie für Mitteilungen an Mitglieder von der Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V. vertraulich und entsprechend den gesetzlichen Datenschutzvorschriften gespeichert und verarbeitet.

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:

Mandatsreferenznummer und Fälligkeitsdatum werden Ihnen 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“ abgelegt am: