

An die

Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V.  
Schwemecker Weg 1

59494 Soest

Datum: \_\_\_\_\_

---

### Antrag auf Mitgliedschaft

#### Ich möchte Mitglied in der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V. werden.

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

(E-Mail, falls vorhanden): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift:

Ich bin pflegende/r, betreuende/r Angehörige/r:  ja  nein

**Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt: 3,00 €**

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich jeweils am 25.01. fällig. Bei Eintritt im laufenden Jahr wird der anteilige Mitgliedsbeitrag berechnet.

Nach Eingang Ihres Antrags erhalten Sie unverzüglich eine Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft und weitere Informationen über die Aktivitäten der Alzheimer Gesellschaft.

## Lastschriftmandat

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag anteilig bzw. einmal jährlich von der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V. per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren eingezogen wird. Das Lastschriftmandat kann jederzeit widerrufen werden.

Der Beitrag wird über das Lastschriftmandat eingezogen.

Unsere Gläubigeridentifikationsnummer lautet:

**DE54ZZZ00000262934**

Ihre Mandatsreferenz ist die Ihnen erteilte Mitgliedsnummer .  
Sie ist künftig bei allen Lastschriften angegeben.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

**IBAN und BIC finden Sie auf dem Kontoauszug Ihrer Bank**

.....  
Datum, Unterschrift: