

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: 3,50 €.

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.

An die
Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V.
Schwemecker Weg 1
59494 Soest

Datum: _____

Lastschriftmandat

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

Der Beitrag wird über das Lastschriftmandat eingezogen.

Die Gläubigeridentifikationsnummer der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V.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: