

Beitrittserklärung

Ich/Wir möchte/n Mitglied werden:

Absender

Name: _____

Ort: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Strasse: _____

E-Mail: _____

PLZ: _____

Fax: _____

Geb. Datum: _____

Adresse

Alzheimer Gesellschaft Dill e.V.
Auf der Bitz 2
35767 Breitscheid

Ich werde Mitglied als,

Einzelperson, mit einem jährlichen Beitrag von 15,40 Euro

Ehepaar, mit einem jährlichen Beitrag von 23,00 Euro

Ich bin pflegender Angehöriger: Ja

Nein

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag in Höhe von

Euro _____

von der Alzheimer Gesellschaft Dill e.V. per Lastschriftverfahren eingezogen wird.
Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Datum und Unterschrift

Ich möchte den Verein mit einer **einmaligen/jährlichen** Spende - **aktiv/passiv** unterstützen: _____ Euro

(Zutreffendes bitte Unterstreichen).

Nur wenn wir viele sind, wird man uns hören!

Unterstützen Sie unsere Arbeit - werden Sie Mitglied des Vereins.

Formular ausdrucken, ausfüllen und per Post schicken.