ALZHEIMER GESELLSCHAFT
im Kreis Steinfurt

Vorsitzende:
Monika Erben
Burgstraße 7
48268 Greven

☎ (0 25 71) 46 80
✉ info@alzheimer-steinfurt.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich, Mitglied der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Steinfurt werden zu wollen. Die Satzung der Alzheimer Gesellschaft erkenne ich an.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Jahresbeitrag

Der Jahresbeitrag in Höhe von **20,00 Euro** soll jeweils bis auf Widerruf am Anfang eines Kalenderjahres von meinem Konto abgebucht werden.

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Alzheimer Gesellschaft, meine Beiträge von meinem Konto einzuziehen:

Konto-Nr.:_____ **BLZ:**_____ **Bank:**_____

Mir ist bekannt, dass das kontoführende Institut nicht verpflichtet ist, die Lastschriften einzulösen, falls kein ausreichendes Guthaben vorhanden ist.

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift