

Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin

M i t g l i e d s a n t r a g

Ich möchte Mitglied des gemeinnützigen Vereins Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V. werden.
Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelmitglieder € 50,- jährlich. Bei Austritt endet die Mitgliedschaft zum Jahresende.

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: ☎ privat: _____

☎ mobil: _____

E-Mail: _____

Datum: 04.06.2014 Unterschrift: _____

Zahlweise des Mitgliedsbeitrages*):

1 x jährlich (am 15.02.)

per Lastschrift gemäß nachfolgendem SEPA-Lastschriftmandat:

per Überweisung/Barzahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimer Angehörigen-Initiative 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: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

*) Zutreffendes ankreuzen