Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

in der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V.

Feldmühlenweg 21
59494 Soest
Tel.: 02921 / 9810512
Fax: 02921 / 9810576

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

Vorname, Name:.....

Strasse:.....

PLZ Ort:.....

Beruf:.....

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 15.01. fällig. Bei Eintritten im laufenden Jahr wird der anteilige Mitgliedsbeitrag berechnet.

Einzugsermächtigung

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

Konto Nr.:.....

Geldinstitut (Name):.....

Bankleitzahl:.....

Datum, Unterschrift: .....

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

Vielen Dank