

Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V.

c/o Klinik am Schlossgarten Dülmen GmbH, 48249 Dülmen, Am Schlossgarten 10

Tel. 02594 / 9201

Fax: 02594 / 921900



Beitrittserklärung zur Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Alzheimergesellschaft im Kreis Coesfeld e.V.

Information zu den Mitgliederbeiträgen:

Die Höhe des Mitgliederbeitrags beträgt gem. § 5 der Satzung der AlzG für natürliche Mitglieder 24,-- €/jährl. und für juristische Mitglieder 120,-- €/jährl. Er wird von der Mitgliederversammlung festgesetzt und sollte bis Ende Jan. des aktuellen Jahres entrichtet werden.

Name, Vorname:	_____
Straße, PLZ, Ort:	_____
Telefon:	_____
eMail-Adresse:	_____

Bei der v.g. Anmeldung handelt es sich um eine

juristische Person ¹

Privatperson ¹

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen



bei juristischen Personen: wird eine Rechnung gewünscht ?

ja

nein

bitte ankreuzen

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V. bis auf Widerruf, den jeweils fälligen Jahresbeitrag gem. § 5 der Satzung

vierteljährlich ¹

halbjährlich ¹

jährlich ¹

von meinem Konto

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen

(Name / Ort des Geldinstituts)

(Bankleitzahl)

(Kto.Nummer)

abzubuchen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des obigen Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Bei einer Erhöhung des Mitgliederbeitrags gem. § 5 der Satzung in der jeweils gültigen Fassung behält diese Einzugsermächtigung ihre Gültigkeit.

(Wohnort)

(Datum)

(Unterschrift)

Ich möchte die Arbeit der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V. zusätzlich mit einer

einmaligen ¹

jährlichen ¹

Spende in Höhe von _____ € unterstützen.

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen

(Wohnort)

(Datum)

(Unterschrift)