

Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V.

c/o Gerontopsychiatrische Abteilung der Klinik am Schlossgarten Dülmen GmbH

48301 Nottuln, Uphovener Weg 5

www.alzheimer-coesfeld.de

Tel. 02502 / 220-34 000

Fax: 02502 / 220-34 325



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,- €/jähr. und für juristische Mitglieder 120,- €/jähr. Er wird von der Mitgliederversammlung festgesetzt und sollte bis Ende Januar 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

Privatperson

wird eine Rechnung gewünscht

ja

nein

(Wohnort)

(Datum)

(Unterschrift)

Einzugsermächtigung

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

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

von meinem Konto

(Name / Ort des Geldinstituts)

IBAN - Nr.: / Kto.-Nr.:

BIC / BLZ

abzubuchen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des obigen Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei einer Erhöhung des Mitgliedsbeitrages gem. § 5 der Satzung in der jeweils gültigen Fassung behält diese Einzugsermächtigung Gültigkeit.

Gläubiger-ID: DE22 ZZZ 00000 186 589

Mandatsreferenz: wird Ihnen vor der ersten Abbuchung mitgeteilt

Mandat gültig ab: Beginn der Mitgliedschaft

(Wohnort)

(Datum)

(Unterschrift)

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

einmalig

jährlich

(Wohnort)

(Datum)

(Unterschrift)