



Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V.

c/o Gerontopsychiatrische Abteilung der Klinik am Schlossgarten Dülmen GmbH, Uphovener Weg, 5 48301 Nottuln

Tel: 02502 / 220-34 000 www.alzheimer-coesfeld.de

Antrag auf Mitgliedschaft in der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V.

incl. Einwilligung in die Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V.

Pflichtangaben:

Vorname Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

bei dem vorgenannten Aufnahmeantrag handelt es sich um eine Privatperson juristische Person

Es wird eine Rechnung erbeten ja nein

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Ort, Datum

Unterschrift

Freiwillige Angaben:

Telefonnummer (Festnetz/Mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Sofern ich meine E-Mailadresse angegeben habe, bin ich einverstanden, dass ich über diesen Weg über Angebote, Veranstaltungen u. ä. informiert werde.

Das Merkblatt INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Widerruf ist zu richten an: Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V., c/o Uphovener Weg 5, 48301 Nottuln.

Mitgliedsbeiträge

Die Höhe des Mitgliedsbeitrages beträgt gem. § 5 der Satzung der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V. für natürliche Personen 24,00€ jährlich und für Juristische Personen 120,00€ jährlich. Er wird in der Mitgliederversammlung festgesetzt und sollte bis Ende Januar des aktuellen Jahres auf das Konto der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V. unter dem Kennwort: „Mitgliedsbeitrag *Name*“ entrichtet werden. Sparkasse Westmünsterland – IBAN: DE42 4015 4530 0035 2305 72 – BIC: WELADE3WXXX

Einzugsermächtigung

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

jährlich

von dem Konto abzubuchen.

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC BLZ: _____

Gläubiger-ID: DE22 ZZZ 00000 186 589

Mandatsreferenz: Wird Ihnen bei der ersten Abbuchung mitgeteilt

Mandat gültig ab: Beginn der Mitgliedschaft

Wohnort

Datum

Unterschrift