Name:
Vorname/Institution:
geb. am:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel., Fax:
E-Mail:
Beitrittserklärung Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied der Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e.V.
ab
Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos
bei:
IBAN:
KtoNr.:
BLZ: durch Lastschrift einzuziehen.
Datum/Ort:
Unterschrift:

Falls Überweisung gewünscht wird, bitten wir um Rücksprache mit dem Kassierer des Vereins.

Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e.V. Monika Kronenberg Bodenheimer Str. 29

- ☐ Bitte schicken Sie mir weitere Informationen zum Thema "Alzheimer". Meine Adresse habe ich auf der Rückseite angegeben.
- ☐ Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf.
- ☐ Ich möchte Mitglied werden. Die rückseitige Beitrittserklärung habe ich ausgefüllt.
- □ Ich möchte einen einmaligen Betrag spenden. Ich werde die Spende in den nächsten Tagen auf das Konto der Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e.V. überweisen. Bitte senden Sie mir eine Spendenbescheinigung zu. Meine Adresse habe ich auf der Rückseite angegeben.