



## **Antrag auf Mitgliedschaft**

Name / Institution

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Email

Datum

Unterschrift

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für  
**Juristische Personen 100,- €**

Wir sind damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von der Alzheimer Gesellschaft Landkreis Pfaffenhofen/Ilm e. V. per Lastschriftverfahren eingezogen wird. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

**Geldinstitut**

**BIC**

**IBAN**

Datum

Unterschrift

Mit der Erfassung unserer Daten mittels EDV erkläre ich mich einverstanden. Es wird zugesichert, dass alle Daten vertraulich behandelt werden.