



## **Antrag auf Mitgliedschaft**

Name, Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Email

Geburtsdatum (freiwillige Angabe)

Datum

Unterschrift

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für **Einzelmitglieder 30,-- €**

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

**Geldinstitut**

**BIC**

**IBAN**

Datum

Unterschrift

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