

Mitgliedsantrag

Ich/Wir möchte/n Mitglied werden

bei der Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V.:

Name.....Vorname

von der Alzheimer Gesellschaft betreute Person oder Angehörige/r

Straße/Postfach.....

PLZ.....Ort:.....

Telefon.....E-Mail.....

Jahresbeitrag als Einzelperson € 30,--

Jahresbeitrag als juristische Person € 70.—

Jahresbeitrag als förderndes Mitglied € (mehr als € 30,-)

Ort,/Datum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:	Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V., Am Grün 16, 35037 Marburg	
	Gläubiger-ID-Nr. DE25ZZZ00001020056	Mandatsreferenz-Nr. *

Kontoinhaber:	<input type="checkbox"/> Name, Anschrift wie oben		
	Name:	Vorname:	
	PLZ/Ort:	Straße:	
	IBAN:	BIC:	
	Name der Bank/Sparkasse:		

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift:	Ich ermächtige die Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
---	---

Ort,/Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber

*Die Mandatsreferenz-Nr. wird separat mitgeteilt.

Mitgliedsantrag und Formular abschicken an:

Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V., Am Grün 16, 35037 Marburg