Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg
Tel: 09 11 / 26 61 26
Fax: 09 11 / 28 760 80
mail@alzheimer-mittelfranken.de
www.alzheimer-mittelfranken.de
Alzheimer Gesellschaft Mittelfranken e.V.

Beitrittserklärung

Ich werde Mitglied der Alzheimer Gesellschaft Mittelfranken e.V.
Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg

(Name Vorname)

(Straße Hausnummer)

(PLZ Ort)

(Telefon, Fax) (Geburtsdatum)

Der Jahresbeitrag von ☐ **20,- EUR** (natürliche Personen)

oder von ☐ **30,- EUR** (juristische Personen, z. Bsp. Heime)

☐ soll einmal jährlich von meinem Konto abgebucht werden. Hiermit erteile ich der Alzheimer Gesellschaft Mfr. e.V. eine Einzugsermächtigung für ein SEPA-Mandat von meinem Konto

SEPA-Lastschriftmandat

Alzheimer Gesellschaft Mfr. e.V., Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE65ZZZ00000302215
Mandatsreferenz:
Wird separat mitgeteilt
Ich ermächtige die Alzheimer Gesellschaft Mfr. e.V. widerruflich, den von mir jeweils zum **01. März** zu entrichtenden Jahresbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimer Gesellschaft Mfr. e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _____
BIC Kreditinstitut Name Kreditinstitut

DE _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _
IBAN

☐ überweise ich auf das Konto der Alzheimer Gesellschaft Mfr. e.V.
bei der Sparkasse Nürnberg
IBAN: DE39 7605 0101 0005 4788 62
BIC: SSKNDE77XXX

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung dieser Daten für vereinsinterne Zwecke einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift