



Alzheimergesellschaft Düsseldorf e.V.
Selbsthilfe Demenz
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel.: 0211-2801759
alzheimer-duesseldorf@t-online.de
www.alzheimer-duesseldorf.de

Mitgliedsantrag

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der
Alzheimergesellschaft Düsseldorf e.V. – Selbsthilfe Demenz**

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon, E-Mail

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. 40,00 € pro Person. Bei Eintritt gilt die Mitgliedschaft für das volle Kalenderjahr, der Austritt ist zum Ende des laufenden Jahres durch schriftliche Erklärung möglich

- Ich überweise bis zum 31.01. des laufenden Jahres den Jahresbeitrag auf das Konto der Alzheimer Gesellschaft Düsseldorf e.V. bei der Stadtparkasse Düsseldorf, IBAN: DE60 3005 0110 0017 0583 30, BIC: DUSSEDDXXX
- Ich erteile ein SEPA-Lastschriftmandat zum wiederkehrenden Einzug des Jahresbeitrags

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Weitere Hinweise zum Datenschutz unter www.alzheimer-duesseldorf.de.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat zum wiederkehrenden Einzug des Jahresbeitrags

Alzheimergesellschaft Düsseldorf e.V. – Selbsthilfe Demenz, Bergische Landstr.2,
40629 Düsseldorf
Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ00000581355

Hiermit ermächtige ich die Alzheimer Gesellschaft Düsseldorf e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimergesellschaft Düsseldorf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungszeitraum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz (Vom Verein auszufüllen)

Kontoinhaber

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

IBAN/ BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift