



Alzheimer Gesellschaft Schwalm-Eder e.V.



Dr. Jens Zemke
Chefarzt für Altersmedizin
Alzheimer Gesellschaft Schwalm-Eder e.V.
Kasseler Straße 80
34212 Meilsungen

Mitglied werden
Anmeldeformular



Ich möchte **Mitglied** der
Alzheimer Gesellschaft
Schwalm-Eder e.V. werden.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Mobiltelefon: _____
Telefon: _____
e-Mail: _____

Beiträge: an die
Stadtsparkasse Schwalmstadt;
IBAN: DE98 5205 3458 0000 0224 75
BIC: HELADEF1SWA
Jahresbeitrag: 12 €
Zahlungstermine bis auf Widerruf:

- jährlich zum 01.01.
- halbjährlich: zum 01.01. und 01.07.

Geldinstitut: _____
BIC: _____
IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift



Oder:
Ich möchte **Förderer** der
„Alzheimer Gesellschaft
Schwalm-Eder e.V.“ werden.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Mobiltelefon: _____
Telefon: _____
e-Mail: _____

Meinen Beitrag von €

- können Sie
- monatlich
 - jährlich

bis auf Widerruf von meinem Konto
abbuchen.

Geldinstitut: _____
BIC: _____
IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger
Alzheimer Gesellschaft Schwalm-Eder e.V.

Zahlungen von meinem Konto mittels
Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Geldinstitut an,
die vom Zahlungsempfänger „Alzheimer
Gesellschaft Schwalm-Eder e.V.“ auf mein
Konto gezogenen Lastschriften einzulö-
sen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8
Wochen, beginnend mit dem Belastungs-
datum die Erstattung des belastenden
Betrages verlangen. Es gelten dabei die
mit meinem Geldinstitut vereinbarten
Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname _____
Kontoinhaber _____
Straße _____
PLZ /Ort _____

Bankverbindungen:
Geldinstitut _____
BIC _____
IBAN _____

Unterschrift Kontoinhaber