

# Antrag auf Mitgliedschaft

Alzheimer Gesellschaft  
Landkreis Altötting e.V.

**SELBSTHILFE DEMENZ**  
www.alzheimer-altoetting.de



**Ja, ich werde Mitglied der Alzheimer Gesellschaft Landkreis Altötting e.V.**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Alzheimer Gesellschaft Landkreis Altötting e.V. (Zahlungsempfänger), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimer Gesellschaft Landkreis Altötting e.V. (Zahlungsempfänger) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name des Kontoinhabers, falls abweichend vom Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts des Zahlers

DE \_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_ BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

[Wichtige Hinweise zu Mitgliedschaft und Spenden finden Sie auf unserer Website.](#)