

Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.

Selbsthilfe Demenz



Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied in der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. werden.

Name/Vorname oder Einrichtung: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf:* _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon:* _____ E-Mail:* _____

Ich bin Angehörige/r eines Demenzerkrankten: _____

(* freiwillige Angaben)

_____ als natürliches Mitglied (Beitrag wahlweise 30,- / 40,- / 50,- € pro Jahr)

_____ als juristisches Mitglied (Beitrag wahlweise 80,- / 100,- € pro Jahr)

_____ als förderndes Mitglied (ab 30,- € pro Jahr) (Bitte Gewünschtes ankreuzen)

(1) Natürliche und juristische Mitglieder sollten bei der Mitgliederversammlung ihr Stimmrecht wahrnehmen.

(2) Fördernde Mitglieder unterstützen den Verein durch einen Geldbetrag (wenigstens) in Höhe des jeweils geltenden Mitgliedsbeitrags, haben aber kein Stimmrecht.

Die Satzung der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. ist mir bekannt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Vereinsatzung einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Ort, Datum Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift

_____ Den Jahresbeitrag überweise ich auf das Konto der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. bei der Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE67100205000001213100, BIC: BFSWDE33BER

_____ Bitte ziehen Sie den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ bis auf Widerruf von meinem Konto ein.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Geldinstitut: _____

Der/Die Antragsteller/in wird als natürliches/ juristisches/ förderndes Mitglied in die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. mit der

Mitglieds-Nr.: _____ aufgenommen.

Ort, Datum 1. Vorsitzender der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.