



# Werden Sie Mitglied!

**Und unterstützen Sie die Arbeit der Alzheimer Gesellschaft Lübeck.**

**Alzheimer Gesellschaft Lübeck und Umgebung Selbsthilfe Demenz gemeinnütziger Verein e.V.  
Hansering 3, 23558 Lübeck**

## Mitgliedsantrag

Ich möchte Vollmitglied der Alzheimer Gesellschaft Lübeck und Umgebung Selbsthilfe Demenz gemeinnütziger Verein e.V. werden. Die Ziele und die Satzung des Vereins sind mir bekannt und ich erkläre mich bereit, mich nach Kräften hierfür zu verwenden.

Name: ..... Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: ...../.....

Beruf: .....

Telefon: .....

Geburtsdatum: .....

Der Mitgliedsbeitrag, der gegenwärtig 66,00 Euro jährlich beträgt, ist zu Beginn eines Jahres zu entrichten. Er kann per Banklastschrift einmal jährlich eingezogen werden, wenn Sie dem Verein eine Einzugsermächtigung erteilen (siehe unten).

Alle Angaben werden vom Verein vertraulich behandelt und Dritten nicht zugänglich gemacht, ausgenommen sie müssen gemäß gesetzlicher Vorschriften einer Behörde bekannt gegeben werden. Ihre Angaben unterliegen den Richtlinien des Bundesdatenschutzgesetzes. Dieser Antrag auf Mitgliedschaft bedarf der Zustimmung durch den Vereinsvorstand.

.....  
(Ort/ Datum / Unterschrift)



## **Einzugsermächtigung durch Banklastschrift**

Zahlungsempfänger: Alzheimer Gesellschaft Lübeck und Umgebung Selbsthilfe Demenz gemeinnütziger Verein e.V.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir /uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Banklastschrift einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

IBAN: .....

BIC: .....

Bank-Name:.....

ggf. abweichende Konto-Inhaber:

.....

.....

(Datum / Unterschrift)