



**Alzheimer Gesellschaft  
Braunschweig e.V.**

## Mitgliedsantrag

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Ja, ich möchte ab \_\_\_\_\_

**Ordentliches Mitglied**

(unterstützt den Verein ideell und finanziell, ist stimmberechtigt)

**Fördermitglied**

(unterstützt den Verein ideell und finanziell, ist nicht stimmberechtigt)

... der Alzheimer Gesellschaft Braunschweig  
e. V. werden.

Ich möchte meinen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe  
von \_\_\_\_\_ Euro

monatlich

vierteljährlich

jährlich

bezahlen.

Ihre Daten werden gemäß der DSGVO  
vertraulich behandelt.  
[www.alzheimer-  
braunschweig.de/impressum-datenschutz](http://www.alzheimer-<br/>braunschweig.de/impressum-datenschutz)

**Bitte wenden!**

Zahlungsempfänger:  
Alzheimer Gesellschaft Braunschweig e. V.  
Triftweg 73  
38118 Braunschweig

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE64ZZZ00000710312 \_\_\_\_\_

**Mandatsreferenz:**

(wird von der Alzheimer Gesellschaft Braunschweig e. V. ausgefüllt)

## **Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige die **Alzheimer Gesellschaft Braunschweig e. V., Triftweg 73, 38118 Braunschweig** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimer Gesellschaft Braunschweig e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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

Unterschrift \_\_\_\_\_