



## Antrag auf Mitgliedschaft

	als Einzelperson	als Familie*	
		Familie, erste Person	Familie, zweite Person
<i>Nachname</i>			
<i>Vorname</i>			
<i>Str.</i>			
<i>PLZ</i>			
<i>Ort</i>			
<i>Tel. fest</i>			
<i>Tel. mobil</i>			
<i>Geb.datum</i>			

\* Familie = Mitgliedschaft für zwei Personen (z.B. Ehe- /Lebenspartner, Vater/Tochter)

Hiermit  **erkläre ich meinen** /  **erklären wir unseren** Beitritt zum Verein Leben mit Demenz Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke ab dem: \_\_\_\_\_

Die Satzung des Vereins erkenne ich/erkennen wir an.

Für die <b>Einzelmitgliedschaft</b> zahle ich jährlich	Für die <b>Fam.mitgliedschaft</b> zahlen wir jährl.
_____ €	_____ €
<b>Jahresbetrag nach Wahl; mindestens</b> 24 € (entspricht 2 € pro Monat)	<b>Jahresbetrag nach Wahl; mindestens</b> 40 € (entspricht 3,33 € pro Monat)

Der jährliche Vereinsbeitrag

soll abgebucht werden von:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_ \_ \_ \_ \_

wird von mir per Dauerauftrag auf das Vereinskonto bei der Sparkasse Minden-Lübbecke, IBAN: DE82 4905 0101 0040 1118 66 überwiesen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift  
Einzelperson / Familie, erste Person

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift  
Familie, zweite Person