**Leben mit Demenz**
Alzheimergesellschaft
Kreis Minden-Lübbecke e.V.

# Antrag auf Mitgliedschaft als Organisation

| | |
|---|---|
| ***Name der Organisation*** | |
| ***Str.*** | |
| ***PLZ*** | |
| ***Ort*** | |
| ***Ansprechpartner*in*** | |
| ***Telefon fest*** | |
| ***Telefon mobil*** | |
| ***E-Mail*** | |

Hiermit wird der Beitritt zum „Verein Leben mit Demenz Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke“ ab dem _____ erklärt. Die Satzung des Vereins wird anerkannt.

| Jahresbeitrag für die **Mitgliedschaft** nach Wahl |
|---|
| ☐ **120 €** ☐ _____€ *mehr als 120 €* |

Der jährliche Vereinsbeitrag soll abgebucht werden von:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

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

_____
Datum, Unterschrift