



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

Antrag auf Mitgliedschaft

	als Einzelperson	als Familie*	
		Familie, erste Person	Familie, zweite Person
Nachname			
Vorname			
Str.			
PLZ			
Ort			
Tel. fest			
Tel. mobil			
E-Mail			
Geb.datum			

* 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 Einzelpersonschaft zahle ich jährlich	Für die Fam. mitgliedschaft zahlen wir jährl.
<input type="checkbox"/> 30€ <input type="checkbox"/> 40€ <input type="checkbox"/> _____ € <i>mehr als 40€</i>	<input type="checkbox"/> 50€ <input type="checkbox"/> 70€ <input type="checkbox"/> _____ € <i>mehr als 70€</i>
Jahresbeitrag nach Wahl	Jahresbeitrag nach Wahl

Der jährliche Vereinsbeitrag soll abgebucht werden von:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: DE _____

Datum, Unterschrift
Einzelperson / Familie, erste Person

Datum, Unterschrift
Familie, zweite Person