



An die  
Alzheimer Gesellschaft Stormarn e.V.  
- Selbsthilfe Demenz -  
Manfred-Samusch-Str. 9  
22926 Ahrensburg

## Mitgliedsantrag

Ich möchte in der  
Alzheimer Gesellschaft Stormarn e.V. - **Selbsthilfe Demenz** -  
Mitglied werden

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Straße / Hausnummer</b>	<b>Postleitzahl / Ort</b>
<b>Telefon</b>	<b>E-Mail</b>
<b>Eintrittsdatum</b>	<b>Jahresbeitrag (mindestens 30 € pro Person)</b>
<b>Hinweis:</b> Der Einzug erfolgt erstmalig unmittelbar nach dem Eintrittsdatum, danach jeweils am 31. Januar jeden Jahres. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich bin einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und meiner Information verwendet werden.	



## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

<b>Name des Zahlungsempfängers</b>	
Alzheimer Gesellschaft Stormarn e.V. – <b>Selbsthilfe Demenz</b> -	
<b>Anschrift des Zahlungsempfängers</b>	
<b>Straße / Hausnr.</b>	Manfred-Samusch-Str. 9
<b>PLZ / Ort</b>	22926 Ahrensburg
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer</b>	
<b>DE21ZZZ00000945341</b>	
<b>Mandatsreferenz</b> (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):  _____	
<b>SEPA-Lastschriftmandat:</b>	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), den Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</b>	
<b>Kreditinstitut</b>	
<b>IBAN</b>	_____
<b>BIC</b>	_____
<b>Ort</b>	<b>Datum</b>
<b>Unterschrift</b>	