

Ja, ich möchte Mitglied werden.

Hauptstraße 42
82008 Unterhaching

Vorname:

Name:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefon:

Wie dürfen wir Sie kontaktieren? (bitte entsprechendes ankreuzen)

- per E-Mail
- per Post

Jahresbeitrag für natürliche Personen (bitte entsprechendes ankreuzen)

- 48,- Euro
- 75,- Euro (inklusive freiwillige Spende)
- 100,- Euro (inklusive freiwillige Spende)
- 150,- Euro (inklusive freiwillige Spende)

Name Kontoinhabende:

IBAN:

BIC:

- Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Alzheimer Gesellschaft Landkreis München e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Alzheimer Gesellschaft Landkreis München e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
- Ich bin mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Ihre Daten werden für die Mitgliederverwaltung und zur Information über Aktuelles der AGLM gemäß EU-Datenschutzverordnung verwendet. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Datum und Unterschrift: