



## Ja, ich möchte Mitglied werden.

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: