MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein *Alzheimer Ethik e.V.*:

_____	_____	_____
Anrede	Vorname	Nachname
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Wohnort
_____	_____	_____
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	Geburtstag (freiwillig)

Vereinspost bitte an ☐ an meine E-Mail-Adresse ☐ an meine Postanschrift schicken.

Vereinssatzung

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins *Alzheimer Ethik e.V.* in der aktuell gültigen Fassung an.
Die Aufnahme in den Verein erfolgt auf Beschluss des Vorstandes.
Der Austritt aus dem Verein ist jederzeit zulässig und erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand.

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke des Vereins *Alzheimer Ethik e.V*. Eine Weitergabe der Daten an Dritte z.B. für Werbezwecke erfolgt nicht.
Ich bestätige, dass ich die Datenschutzinformationen des Vereins *Alzheimer Ethik e.V.* zur Kenntnis genommen habe.
Ich willige ein, dass die freiwillig angegebenen Daten zu den vorgesehenen Zwecken verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft durch eine Anzeige an den Verein *Alzheimer Ethik e.V.* widerrufen.

Zahlungsweise (Bitte ankreuzen)

Ich zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 12,-€ ☐ per Einzugsermächtigung ☐ per Dauerauftrag.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung/ Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

_____ _____

Kontoinhaber Kreditinstitut

IBAN: DE _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ich ermächtige den Verein Alzheimer-Ethik e.V. jährlich den festgelegten Jahresbeitrag in Höhe von 12,-€ von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein *Alzheimer Ethik e.V.* auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Bei Zahlung per Dauerauftrag:

Zahlung des ersten Mitgliedsbeitrages nach Erhalt der Mitgliedsbestätigung, in Folgejahren bitte zum 01. April des Jahres.
Alzheimer Ethik e.V. I Sparkasse Hamm I IBAN: DE 34 4105 0095 0003 1045 28 I BIC: WELADED 1 HAM
Verwendungszweck: Ihr Name + „Mitgliedsbeitrag Alzheimer Ethik e.V.“

Bitte schicken Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag an:

Alzheimer Ethik e.V. I Radewiger Straße 31 I 32052 Herford