

Absender:

Alzheimer Gesellschaft Oberpfalz e.V.
Krankenhaus der Bramherzigen Brüder
Prüfeninger Straße 86
93049 Regensburg

Antrag auf Mitgliedschaft bei der Alzheimer Gesellschaft Oberpfalz e.V.

Vorname _____

Name _____

Geb.Datum _____

Beruf _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Ich ermächtige die Alzheimer Gesellschaft Oberpfalz e.V. widerruflich meinen Jahresbeitrag von € 30,-/Jahr (nicht zutreffendes bitte streichen) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Bank _____

BLZ _____

Kto-Nr. _____

Ort, Datum, Unterschrift _____

Ich überweise jährlich auf das Konto der Alzheimer Gesellschaft Oberpfalz e.V.
Sparkasse Regensburg (BLZ 750 500 00) Kto-Nr. 197 905

Ort, Datum, Unterschrift _____