



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied der Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e. V. mit einem Monatsbeitrag von _____ € werden (Mindestbetrag 2,50 €).

Name : _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ ☎: _____
Straße, Nr.: _____ ✉: _____
PLZ, Ort: _____

Bitte beachten Sie die umseitige Einzugsermächtigung, die sie auch ohne Mitgliedsantrag für regelmäßige Spenden verwenden können.

Schicken Sie diesen Abschnitt bitte ausgefüllt in einem Umschlag an die

Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e. V. ,

c/o „Tagespflege im Wilhelm-Florin-Zentrum“, Dr. Kranefuß Straße 3, 33330 Gütersloh

Einzugsermächtigung Für Mitgliedsbeiträge und/oder regelmäßige Spenden

Hiermit ermächtige ich die Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e. V. jährlich halbjährlich den Betrag von _____ € von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber: _____
IBAN: _____
BIC: _____
Instituiert: _____

_____ Ort, Datum, Unterschrift

Bei Beträgen bis 50,- € reicht der Kontoauszug für das Finanzamt als Beleg, bei Beträgen größer als 50,- € Kann von der Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V. eine Spendenquittung ausgestellt werden.

Eine Änderung meiner Anschrift oder Bankverbindung werde ich der Verwaltung im c/o „Tagespflege im Wilhelm-Florin-Zentrum“, Dr. Kranefuß Straße 3, 33330 Gütersloh mitteilen.

Die Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e. V. ist beim Finanzamt Wiedenbrück als gemeinnützig anerkannt.



000801080310A582010230

**SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate**

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Dr.-Kranefuß-Str. 3
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 33330 Gütersloh **Land / Country:** Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE35ZZZ00001377030

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V.** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*
* Angabe freigestellt / Optional information
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: **Land / Country:**

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):
Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location: **Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

114 902 000 D0 (Fassung Feb. 2016) - v2.6
© Deutscher Sparkassenverlag

manuell