

## **JA, ICH MÖCHTE HELFEN!**

Dann werden Sie Mitglied beim Landesverband der Deutschen Alzheimer Gesellschaft M-V als:

- Einzelperson**  
(jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von 30 €)
- Selbsthilfegruppe**  
(jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50 €)
- Helferkreis**  
(jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50 €)
- Institution**  
(jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von 100 €)

Institution .....

Name, Vorname .....

Adresse .....

Geburtsdatum .....

Telefon .....

E-Mail .....

Datum, Unterschrift .....

### **Hinweis zum Datenschutz:**

Die Daten werden von uns gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) automatisiert verarbeitet und nur zu eigenen satzungsmäßigen Zwecken genutzt.

### **Ihren Antrag senden Sie bitte an:**



Deutsche Alzheimer Gesellschaft  
Landesverband  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
**Selbsthilfe Demenz**  
Schwaaner Landstraße 10  
18055 Rostock

oder per E-Mail: [kontakt@alzheimer-mv.de](mailto:kontakt@alzheimer-mv.de)  
Fax: 0381 208 754 05



## DANKE FÜR IHRE HILFE!

Name, Vorname .....

Ich bin mit der Abbuchung des jährlichen Beitrags  
(siehe Vorderseite) einverstanden und erteile  
folgendes SEPA-Lastschriftmandat:

Die Gläubiger-ID lautet DE90ZZZ00001243538.

Kontoinhaber .....

IBAN .....

BIC .....

Name der Bank .....

Ort, Datum .....

Unterschrift .....

Die erste Abbuchung erfolgt spätestens zum Ende  
Ihres ersten Jahres der Mitgliedschaft. Folgebeiträge  
werden im März des jeweiligen Jahres eingezogen.



Deutsche Alzheimer Gesellschaft  
Landesverband  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Selbsthilfe Demenz