



Alopecia Areata
Deutschland e. V.



Aufnahmeantrag

Wir bitten hiermit um Aufnahme in den Verein Alopecia Areata Deutschland e. V. als förderndes Mitglied im Familienstatus

Angaben der Familie und der Erziehungsberechtigten

Familienname

Vater (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Mutter (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Angaben des betroffenen Kindes und der Geschwister

Betroffenes Kind (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Geschwisterkind (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Geschwisterkind (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ich verpflichte mich, die Ziele des Vereins zu unterstützen, die Satzung zu beachten sowie meinen Pflichten als Mitglied des Vereins nachzukommen. Ich zahle jeweils in der ersten April-Woche per SEPA-Lastschriftmandat einen kalenderjährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von:

€ (Mindestbeitrag 90 €)

, den

Ort

Datum

Unterschrift

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT (FRÜHERE EINZUGSERMÄCHTIGUNG):
Zahlungsempfänger: Alopecia Areata Deutschland e.V., Nordstr. 1, 47798 Krefeld
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000929620
Mandatsidentifikationsnummer:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Zahlungspflichtiger

Name des Kontoinhabers

Name der Bank

IBAN

BIC

Unterschrift Kontoinhaber

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die im Mitgliedsantrag für den AAD e.V. angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung der entstehenden Mitgliedschaft notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen erhoben. **Alle Informationen finden Sie unter www.aad-ev/datenschutzbestimmungen**

Datum

Unterschrift