



Aufnahmeantrag

Ich bitte hiermit um Aufnahme in den Verein Alopecia Areata Deutschland e. V. als Angehörige/r eines ordentliches Mitglieds

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

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 30 €)

, den

Ort

Datum

Unterschrift

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT (FRÜHERE EINZUGSERMÄCHTIGUNG):
Zahlungsempfänger: Alopecia Areata Deutschland e.V., Nordstr. 1, 47798 Krefeld
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE162220000092962
Mandatsidentifikationsnummer:

Einzugsermächtigung

Der AAD ist bis auf Widerruf berechtigt, ab sofort meinen fälligen Mitgliedsbeitrag per Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen:

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