



Alopecia Areata  
Deutschland e. V.



# Aufnahmeantrag

Wir bitten hiermit um Aufnahme in den Verein Alopecia Areata Deutschland e. V. als ordentliche Mitglieder 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

Wir verpflichten uns, die Ziele des Vereins zu unterstützen, die Satzung zu beachten sowie unseren Pflichten als Mitglied des Vereins nachzukommen. Wir zahlen 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: DE162220000092962**  
**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](http://www.aad-ev/datenschutzbestimmungen)**

Datum

Unterschrift