



AUFNAHMEANTRAG

Ich bitte hiermit um Aufnahme in den Verein
Alopecia Areata Deutschland e. V. als ordentliches Mitglied

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Email/Telefon: _____

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 Mitgliedbeitrag in Höhe von:

_____ € (**Mindestbeitrag 60 Euro**)

Schüler und Studenten zahlen mit jährlicher Bescheinigung 30 Euro

_____, den _____

(Unterschrift)

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)