

AUFNAHMEANTRAG

Ich bitte hiermit um Aufnahme
in den Verein



Alopecia Areata Deutschland e.V.

als **ordentliches Mitglied.**

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geb.dat .: _____

Ich verpflichte mich, die Ziele des Vereins zu unterstützen, die Satzung zu beachten sowie
meinen Pflichten als Mitglied des Vereins nachzukommen. Ich zahle jeweils zum 31.03.
einen kalenderjährlichen Mitgliedsbeitrag 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:

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

Bank: _____ Kontoinhaber: _____
(falls nicht Antragsteller)

(Unterschrift Kontoinhaber)

Bitte beide ausfüllen und zurückschicken!

AUFNAHMEANTRAG

Ich bitte hiermit um Aufnahme
in den Verein



Alopecia Areata Deutschland e.V.

als **ordentliches Mitglied.**

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geb.dat .: _____

Ich verpflichte mich, die Ziele des Vereins zu unterstützen, die Satzung zu beachten sowie
meinen Pflichten als Mitglied des Vereins nachzukommen. Ich zahle jeweils zum 31.03.
einen kalenderjährlichen Mitgliedsbeitrag 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:

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

Bank: _____ Kontoinhaber: _____
(falls nicht Antragsteller)

(Unterschrift Kontoinhaber)