

Alzheimer Angehörigen-Initiative Leipzig e.V.

Aufnahmeantrag

Name:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

Straße:

Telefon:

E-Mail:

Ich/Wir zahle(n) einen Jahresbeitrag von

- 20,00 Euro** (Mindestbeitrag - Einzelperson)
- 30,00 Euro** (Mindestbeitrag - Ehepaar)
- Euro** (Spende als Fördermitglied)

Datum:

Unterschrift:

Bitte überweisen Sie Ihren Mitgliedsbeitrag oder Ihre Spende an die Stadt- und Kreissparkasse Leipzig auf folgendes Konto:

Konto Nr.: 1 100 799 601 BLZ: 860 555 92

Senden Sie diesen Aufnahmeantrag bitte in die Kontakt- und Beratungsstelle an folgende Anschrift:

Alzheimer Angehörigen-Initiative Leipzig e.V.

Höltystr. 30
04289 Leipzig