



Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich/Wir zahle(n) einen Jahresbeitrag von

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

Datum: _____ Unterschrift: _____

Der Jahresbeitrag kann bei der **Deutschen Bank Leipzig**

Konto Nr.: **1999 0 1000** BLZ: **860 700 24**

eingezahlt werden.

Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag an folgende Adresse:

Alzheimer Gesellschaft Leipzig e.V.
Geschäftsstelle
D-04289 Leipzig, Höltystr. 30