



Bitte ausfüllen und per Brief oder Fax (030/259 37 95-29) zurücksenden!

An die  
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.  
Selbsthilfe Demenz  
Friedrichstraße 236

10969 Berlin

**Deutsche Alzheimer  
Gesellschaft e.V.  
Selbsthilfe Demenz**

## Ja, Sie können auf meine Hilfe zählen!

Nachname	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>		
Institution	<input type="text"/>		
Straße/Postfach	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	Geburtsdatum*	<input type="text"/>
E-Mail*	<input type="text"/>		
Die oben genannte Adresse ist	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Institution	
Beruf *	<input type="text"/>		
Ich bin pflegende/r Angehörige/r *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

\* freiwillige Angabe

### Ich unterstütze die Arbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft regelmäßig:

ab folgendem Zeitpunkt:	<input type="text"/> Monat / Jahr		
<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
mit einem Betrag von jeweils:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 10,- €	<input type="checkbox"/> 20,- €	<input type="checkbox"/> 50,- €	<input type="checkbox"/> ..... ,- €



.....  
Ort, Datum und Unterschrift

### Einzugsermächtigung:

Ich bin einverstanden, dass meine Spende wie oben genannt von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. per SEPA-Basis-Lastschrift eingezogen wird. Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Geldinstitut	<input type="text"/>		
IBAN	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>

### Hinweis zum Datenschutz

Die Daten werden von uns gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) automatisiert verarbeitet und nur zu eigenen Zwecken genutzt.



.....  
Ort, Datum und Unterschrift