

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

***Ja*, ich möchte Mitglied werden.**

- Ich werde Einzelmitglied (CHF 40.- pro Jahr).
- Wir werden Kollektivmitglied (CHF 200.- pro Jahr).

**Ich möchte Sie unterstützen.**

- Bitte schicken Sie mir einen Einzahlungsschein für eine Spende.
- Ich möchte freiwillig mitarbeiten. Nehmen Sie bitte mit mir Kontakt auf.

**Weitere Wünsche / Mitteilungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte die Anmeldung an folgende Adresse senden:

Schweiz. Alzheimervereinigung, Sektion beider Basel  
Schanzenstrasse 55, 4031 Basel

[www.alzbb.ch](http://www.alzbb.ch) / Tel. 061 265 38 88

Postkonto: 40-10517-6