

Beitrittserklärung

Ich trete in die **Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft**, Landesverband Thüringen e.V. als Mitglied ein. Gleichzeitig werde ich Mitglied im Bundesverband der DMSG.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Ich bin an Multiple Sklerose erkrankt: ja nein

Ich wünsche die Zusendung der Landeszeitung und der Verbandszeitschrift DMSG-Aktiv ja nein **oder**

Hördienst-CD mit Landeszeitung & DMSG-Aktiv ja nein

Auf die DMSG bin ich aufmerksam geworden durch:

Arzt Mitglied Veranstaltung Presse Internet Sonstiges

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten unter Beachtung der EU-DSGVO und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) vom DMSG Landesverband Thüringen e.V. zum Zwecke meiner Mitgliedschaft automatisch verarbeitet werden.

Sie können Ihren Antrag auf Mitgliedschaft innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt des Bestätigungsschreibens.

Ort, Datum

Unterschrift

**Den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von z.Zt. mindestens 40.00 EUR
(darin enthalten: 8,00 € Umlage für den DMSG Bundesverband)**

Euro _____ zahle ich/wir durch

Überweisung auf das DMSG-Konto bei der Kreissparkasse Saalfeld-Rudolstadt

**IBAN: DE 50 8305 0303 0000 0202 30
BIC: HELADEF1SAR**

bis zum 30. April für das laufende Kalenderjahr.

SEPA- Lastschriftmandat

Bitte füllen Sie die Seite 2 zu Ihrer Beitrittserklärung aus.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung für Ihr Konto erteilen, damit unser Verwaltungsaufwand so gering wie möglich ist. Herzlichen Dank dafür.