

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 24.00 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.

SEPA-Lastschriftmandat

Angaben Zahlungsempfänger:

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Thüringen e.V.

Name

Moskauer Platz 15, 99091 Erfurt

Anschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50 8305 0303 0000 0202 30

Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages durch Lastschriften:

Hiermit erkläre ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlung des Mitgliedsbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift für das laufende Kalenderjahr einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Geldinstitut an, die von der

Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Thüringen e.V.

Name des Zahlungsempfängers

auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mitglied

Name, Vorname

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Name _____ Vorname _____
(Kontoinhaber)

Straße _____ PLZ / Ort _____

IBAN _____ BIC _____

Bank: _____
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

Kosten der Nichteinlösung von Lastschriften gehen zu meinen Lasten.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Thüringen e.V.

Moskauer Platz 15, 99091 Erfurt

Telefon: 0361 - 7100460

Telefax :0361 - 7100461

E-Mail : info@dmsg-thueringen.de