

DMSG-Landesverband NRW e.V.
 Sonnenstr. 14
 40227 Düsseldorf

Sonnenstraße 14
 40227 Düsseldorf

Telefon: 0211 93304-0
 Telefax: 0211 312019

E-Mail: post@dmsg-nrw.de
 URL: <http://www.dmsg-nrw.de>

Beitrittserklärung

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in den DMSG-Landesverband NRW e.V.
 Mit der Aufnahme in den Landesverband wird gleichzeitig meine Mitgliedschaft im
 Bundesverband der DMSG begründet. Ich bin bereit, den Jahresbeitrag von € 45,-
 oder einem höheren Betrag von € _____ zu zahlen. In diesem Beitrag sind € 8,-
 für den Bundesverband enthalten.

Geschäftsführender Vorstand:

Dr. med Dieter Pöhlau
 (Landesvorsitzender)

Ulrike Fischer
 (Schatzmeisterin)

Anngret Lorenz-Zimmer
 Peter Jeromin
 Andrea Arntz

Ich bin an Multiple Sklerose
 erkrankt:

- ja
 nein

Name

Vorname

Geb.-Datum

wenn nein,
 Angehöriger?

- ja
 nein

Straße

PLZ / Ort

Beruf

Telefon

E-Mail

Datum/ Unterschrift

Geschäftsführung:

Dr. rer. medic. Sabine Schipper
 Dipl.-Psych./PPT

Mitgliedschaften:

Der Paritätische
 Wohlfahrtsverband LV NRW e.V.
 LAG SH NRW e.V.

- Ich möchte für meinen Mitgliedsbeitrag ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen
 (s. Rückseite)
 Ich möchte lieber eine Zahlungsaufforderung erhalten

**Die Beitrittserklärung kann innerhalb von zwei Wochen widerrufen werden.
 Erkundigen Sie sich über die Möglichkeit der Beitragsermäßigung bei Ihrem Landesverband.**

Bankverbindungen: Stadtparkasse Düsseldorf IBAN: DE08 3005 0110 0010 1550 00
 Postbank Essen IBAN: DE78 3601 0043 0007 2284 33
Spendenkonto: Stadtparkasse Düsseldorf IBAN: DE32 3005 0110 0010 0163 43
Zuwendungen sind steuerbegünstigt!
 Amtsgericht Düsseldorf VR 5947

BIC: DUSSEDDXXX
 BIC: PBNKDEFF
 BIC: DUSSEDDXXX

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft-Landesverband NRW e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Sonnenstr. 14

Postleitzahl und Ort:

40227 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 86 ZZZ 00000 274192

Name des Mitglieds:**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name s. o.), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name s. o.) auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

DE _____

BIC (8 oder 11 Stellen):**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschriften des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/ uns der Zahlungsempfänger (Name s. o.) über den Einzug unterrichten.