

Bitte drucken Sie den Antrag nach dem Ausfüllen aus und schicken Sie ihn unterschrieben an:

DMSG Landesverband NRW e.V.
Sonnenstraße 14

40227 Düsseldorf

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 € 42,- oder einen höheren Betrag von € zu zahlen. In diesem Beitrag sind € 8,- für den Bundesverband enthalten.

Ich bin an Multiple Sklerose erkrankt:

- ja
 nein

Name:

Vorname:

Geb. -Datum:

Wenn nein,
Angehöriger?

- ja
 nein

Straße:

PLZ/Ort:

Beruf:

Telefon:

Datum/Unterschrift:

Die Beitrittserklärung kann innerhalb von zwei Wochen widerrufen werden.

Zahlungshinweise

- Ich möchte für meinen Mitgliedsbeitrag eine Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschrift erteilen (siehe Rückseite)

Ich möchte lieber eine Zahlungsaufforderung erhalten

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):**