

Beitrittserklärung

Hiermit trete/n ich/wir in die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Saarland e. V.,
als Mitglied/er ein.

Name/Vorname: _____ M W

ggf. Name/Vorname (bei Familienmitgliedern) _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin an Multiple Sklerose erkrankt: ja seit: _____ nein

Ich wünsche die Zusendung der Verbandszeitschrift "Aktiv": ja nein

Ich bin pflegebedürftig: ja nein

Wenn ja: Pflegegrad: _____ (bitte eintragen: 1, 2, 3, 4, 5,)

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von (mindestens Euro 36,00; Familienmitgliedschaft mind. 54,- Euro)

Euro _____ werde ich/werden wir

auf das folgende Konto der DMSG einzahlen:

____ SaarLB Saarbrücken
Konto Nr.: 1 3333 000
BLZ: 590 500 000

IBAN: DE95 5905 0000 0013 3330 00
BIC-SWIFT-CODE: SALADE55XXX

oder per **Einzugsermächtigung** von meinem/unserem Konto zum 01. _____ abbuchen lassen.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, zu Lasten meines/unseres Kontos

Konto Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

bei der _____

IBAN:

BIC-SWIFT-CODE:

_____ (genaue Bezeichnung der kontoführenden Bank/Postgiroamt)

mittels Lastschrift den Mitgliedsbeitrag jährlich
ab dem 01. _____ einzuziehen.

Ich/Wir willige/n ein, dass die hier von mir/uns festgehaltenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der
vereinsinternen Verwendung verarbeitet werden dürfen. Dies beinhaltet insbesondere auch die Weitergabe für den
Postversand (Mitgliederzeitschrift und sonstige Anschreiben) und die Weitergabe an GruppenleiterInnen. Ich/Wir
bin/sind darüber informiert, dass die gesundheitsbezogenen Daten jederzeit widerruflich gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift