

Beitrittserklärung

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

Name/Vorname: _____

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)

Euro _____ werde ich
_____ jeweils am 01.01. und 01.07. zu gleichen Hälften
_____ in Raten von Euro _____ jeweils am _____
_____ jährlich am _____ in einem Betrag

auf das folgende Konto der DMSG einzahlen:

___ SaarLB Saarbrücken **IBAN: DE95 5905 0000 0013 3330 00**
Konto Nr.: 1 3333 000 **BIC-SWIFT-CODE: SALADE55XXX**
BLZ: 590 500 000

überweisen

oder per **Einzugsermächtigung** von meinem/ unserem Konto 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.

Ihre Daten werden gespeichert und unter Beachtung des Datenschutzgesetzes für die vereinsinterne Verwendung
(z. B. Mitgliederzeitschrift, Schriftverkehr, Einladungen zu Veranstaltungen, Weitergabe an GruppenleiterInnen)
verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift