

## Beitrittserklärung

Hiermit trete ich ab \_\_\_\_\_ in die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Bayern e.V. als Mitglied ein. Gleichzeitig werde ich Mitglied im Bundesverband der DMSG.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

	männlich	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>
Ich bin an Multipler Sklerose erkrankt oder habe eine ähnliche Erkrankung	ja:	<input type="checkbox"/>	nein:	<input type="checkbox"/>
Ich werde Mitglied, weil ein Angehöriger an MS erkrankt ist	ja:	<input type="checkbox"/>	nein:	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche die Zusendung der DMSG Verbandszeitschrift <b>Kontakt</b> (Landesverband)	ja:	<input type="checkbox"/>	nein:	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche die Zusendung der DMSG Verbandszeitschrift <b>Aktiv</b> (Bundesverband)	ja:	<input type="checkbox"/>	nein:	<input type="checkbox"/>

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von (mindestens € 50,-) € \_\_\_\_\_

werde ich auf das Konto der

**HypoVereinsbank München, IBAN DE92 7002 0270 5803 7510 82, BIC HYVEDEMMXXX**

überweisen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## SEPA Basislastschriftmandat

**DMSG Landesverband Bayern e. V.**  
**St.-Jakobs-Platz 12**  
**80331 München**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 2001 0000 0086 1260**

**Mandatsreferenz: 1** \_\_\_\_\_  
(wird vom Landesverband ausgefüllt)

Erstmals erfolgt der Einzug in Höhe Ihres Mitgliedsbeitrages zum **01. Mai**. Aufnahmedatum nach dem 31. März erfolgt der Einzug zum **01. Dezember**.

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem o. g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstitutes \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers falls abweichend (bitte in Blockschrift) \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die bei einer Rückbelastung entstehenden Gebühren trägt der Zahlungspflichtige in voller Höhe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Kontoinhaber)