

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 weiblich divers

Ich bin an Multipler Sklerose erkrankt oder habe eine ähnliche Erkrankung ja: nein:

Ich werde Mitglied, weil ein Angehöriger an MS erkrankt ist ja: nein:

Ich wünsche die Zusendung der DMSG Verbandszeitschrift **Kontakt** (Landesverband) ja: nein:

Ich wünsche die Zusendung der DMSG Verbandszeitschrift **Aktiv** (Bundesverband) ja: nein:

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)