

Ich möchte Mitglied werden!

Vorname / Nachname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax _____ Mobil _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Tätigkeit _____

Hinweis: Ihre Daten werden unter Beachtung des Datenschutzgesetzes für die vereinsinterne Verwendung verarbeitet.

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der Dt. Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Landesverband Schleswig-Holstein e.V. als

MS-Erkrankte(r) Fördermitglied

Ich entscheide mich für folgenden jährlichen Beitrag (fällig zum 30.06 eines Jahres)
(im Beitrag sind 8 € für den DMSG-Bundesverband enthalten.)

Mitgliedschaft mit Regelbeitrag 48,-€ jährlich (nur 4 € pro Monat)*

XL-Mitgliedschaft für 72,-€ jährlich (nur 6 € pro Monat)**

XXL-Mitgliedschaft für 96,-€ jährlich (nur 8 € pro Monat)**

XXXL-Mitgliedschaft ab 120,-€ jährlich (mindestens 10 € pro Monat)** Mein Beitrag: _____ €

* MS-Erkrankte, die sich den Regelbeitrag nicht leisten können, zahlen auf Anfrage und Nachweis einen individuellen Sozialbeitrag.

** Als XL, XXL oder XXXL-Mitglied unterstützen Sie durch den höheren Beitrag die Arbeit der Multiple Sklerose Gesellschaft und damit alle Betroffenen. DANKE!

BITTE BEACHTEN: Ihr Mitgliedsbeitrag und Spenden zugunsten der DMSG sind steuerlich absetzbar.

Ich entscheide mich für eine **FREIWILLIGE EINTRITTSSPENDE** in Höhe von

_____ Euro. Diese Spende ist einmalig und wirkt sich nicht auf den jährlichen Beitrag aus.

Ich wünsche die kostenlose Zustellung der Zeitschriften „aktiv“ und „MS-Infos & Meer“

Ja Nein

Auf die DMSG bin ich aufmerksam geworden durch

meinen Arzt ein anderes Mitglied eine Veranstaltung Presse, TV, Radio Internet

Sonstiges: _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Sie erleichtern uns und sich die Arbeit, wenn Sie den Jahresbeitrag per Lastschrift abbuchen lassen. Bitte füllen Sie nachfolgende Einzugsermächtigung aus. DANKE!

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den DMSG-Landesverband Schleswig-Holstein e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DMSG-Landesverband Schleswig-Holstein e. V. 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00000019688
Als Mandatsreferenz werden wir die bei Eintritt erteilte Mitgliedsnummer verwenden.

Die Beitrittserklärung kann innerhalb von zwei Wochen widerrufen werden.

Sie können uns die gesamte Beitrittserklärung (beide Seiten) faxen (0431- 56015-20), direkt bei uns in der Geschäftsstelle abgeben oder senden an (am einfachsten in einem Fensterumschlag):

**Dt. Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG),
Landesverband Schleswig-Holstein e.V.
Beselerallee 67**

24105 Kiel