

Mitgliedsantrag

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Hessen e.V. Mitgliederverwaltung
Wittelsbacherallee 86
60385 Frankfurt

oder per E-Mail an: mitgliederverwaltung@dmsg-hessen.de

Beitrittserklärung:

- ☐ Ich trete der DMSG Hessen **als Mitglied** bei, mit einem Jahresbeitrag von _____EUR (mind. 48,00 EUR)

ODER

- ☐ Ich trete der DMSG Hessen **als Angehöriger/Betreuer** bei, mit einem Jahresbeitrag von 12,00 EUR.
Die Hauptmitgliedschaft besteht bereits für meinen Angehörigen/die von mir betreute Person:

(Vor- und Nachname des Hauptmitglieds)

(In Ihrem Beitrag sind 8,00 EUR für den DMSG-Bundesverband enthalten)

Ihre Daten:

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Name*

Vorname*

Geburtsdatum*

Straße/Hausnummer*

PLZ/Wohnort*

Telefon*

E-Mail*

Datum/Unterschrift*

(*Pflichtangaben)

Art der Zahlung

- ☐ Einzugsermächtigung
- ☐ Überweisung; ich werde den Beitrag jährlich bis zum 01.04. eigenständig auf das Konto der DMSG, LV Hessen e.V. überweisen.
Sozialbank BIC: BFSWDE33XXX IBAN: DE39 3702 0500 0007 6052 00
Es erfolgt keine Rechnungsstellung.

Ich bin an MS erkrankt

- ☐ Ja, seit _____
- ☐ Nein

Ich wünsche die kostenfreie Zustellung der Mitgliederzeitschriften

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Sie können Ihren Antrag auf Mitgliedschaft innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt des Bestätigungsschreibens. Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website www.dmsg-hessen.de, Hinweise zum Datenschutz für die Mitgliedschaft auf www.dmsg-hessen.de/spenden-und-helfen/mitgliedschaft/. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Datenschutzhinweise für Mitglieder gerne zu.

SEPA-Lastschriftmandat für die Beitrittserklärung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000332875

Mandatsreferenz (wird nachgereicht):

Hiermit ermächtige ich die DMSG Landesverband Hessen e.V., den Mitgliedsbeitrag von jährlich _____ EUR (mind. 48,00 EUR) für das erste Jahr direkt bzw. jeweils zum 01.01. der Folgejahre durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DMSG Landesverband Hessen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN

Kontoinhaber (Vor- und Nachname)

Kreditinstitut (Name und BIC)

PLZ/Wohnort

Datum/Unterschrift

Straße/Hausnummer

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Hinweis: Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.