



Bitte drucken Sie den Antrag nach dem Ausfüllen aus und schicken Sie ihn unterschrieben an:

DMSG Landesverband NRW e.V.
Sonnenstraße 14

40227 Düsseldorf

Beitrittserklärung für Fördermitgliedschaft

Ich möchte die Aufgaben der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft - Landesverband NRW e.V. - unterstützen und bitte um die Aufnahme als Fördermitglied gemäß § 5 der Satzung.*)

Der Mindestbetrag beträgt jährlich 32,- EURO; ich zahle einen Jahresbeitrag in Höhe von EURO (bitte hier den Betrag einsetzen, den Sie jährlich zahlen wollen).

Name:

Vorname:

Geb. -Datum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Datum/Unterschrift: _____

*) § 5 Fördernde Mitglieder

Förderndes Mitglied ohne Rechte und Pflichten kann werden, wer den Vereinszweck durch gelegentliche Zuwendungen fördern will.

Ich möchte das MS-Magazin NRW erhalten

Ich möchte kein MS-Magazin NRW erhalten.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft-Landesverband NRW e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Sonnenstr. 14

Postleitzahl und Ort:

40227 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 86 ZZZ 00000 274192

Name des Mitglieds:**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name s. o.), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name s. o.) auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschriften des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**