

Landesverband NRW e.V.

Sonnenstraße 14
40227 Düsseldorf
Telefon 0211 93304-0
Telefax 0211 312019

www.dmsg-nrw.de
E-Mail: post@dmsg-nrw.de
Schi./ Ma. - 18

Schirmherrin:

Hannelore Kraft, MdL
Ministerpräsidentin des Landes
Nordrhein-Westfalen

Geschäftsführender Vorstand:

Dr. med Dieter Pöhlau
(Landesvorsitzender)

Ulrike Fischer
(Schatzmeisterin)

Anngret Lorenz-Zimmer
Peter Jeromin
Detlef Weirich

Geschäftsführung:

Dr. rer. medic. Sabine Schipper
Dipl.-Psych./PPT

Mitgliedschaften:

Der Paritätische
Wohlfahrtsverband LV NRW e.V.
LAG SH NRW e.V.

Bankverbindungen:

Stadtsparkasse Düsseldorf
Konto 10 155 000
BLZ 300 501 10
IBAN DE08 3005 0110 0010 1550 00
SWIFT-BIC DUSSEDEXXX

Postbank Essen
Konto 7 228 433
BLZ 360 100 43
IBAN DE78 3601 0043 0007 2284 33
SWIFT-BIC PBNKDEFF

Spendenkonto

Stadtsparkasse Düsseldorf
Konto 10 016 343
BLZ 300 501 10
IBAN DE32 3005 0110 0010 0163 43
SWIFT-BIC DUSSEDEXXX

**Zuwendungen sind
steuerbegünstigt!**

DMSG-Landesverband NRW e.V.
Sonnenstr. 14

40227 Düsseldorf

Beitrittserklärung

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in den DMSG-Landesverband NRW e.V. Mit der Aufnahme in den Landesverband wird gleichzeitig meine Mitgliedschaft im Bundesverband der DMSG begründet. Ich bin bereit, den Jahresbeitrag von € 45,- oder einem höheren Betrag von € _____ zu zahlen. In diesem Beitrag sind € 8,- für den Bundesverband enthalten.

Ich bin an Multiple Sklerose erkrankt:

- ja
 nein

wenn nein,
Angehöriger?

- ja
 nein

_____ Name

_____ Vorname

_____ Geb.-Datum

_____ Straße

_____ PLZ / Ort

_____ Beruf

_____ Telefon

_____ E-Mail

_____ Datum/ Unterschrift

Ich möchte für meinen Mitgliedsbeitrag ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen (s. Rückseite)

Ich möchte lieber eine Zahlungsaufforderung erhalten

Die Beitrittserklärung kann innerhalb von zwei Wochen widerrufen werden.

Erkundigen Sie sich über die Möglichkeit der Beitragsermäßigung bei Ihrem Landesverband.

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):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/ uns der Zahlungsempfänger (Name s. o.) über den Einzug unterrichten.