

## Beitrittserklärung

Hiermit trete/n ich/wir in die  
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Saarland e.V.,  
als Mitglied/er ein.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Ich bin an Multiple Sklerose erkrankt: ja  seit: \_\_\_\_\_ nein

Ich wünsche die Zusendung der Verbandszeitschrift „Aktiv“: ja  nein

Ich bin pflegebedürftig: ja  nein

Wenn ja: Pflegestufe: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen: 0, I, II, III)

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von (mindestens Euro 36,-)

Euro \_\_\_\_\_

werde ich

\_\_\_\_\_ jeweils am 01.01. und 01.07. zu gleichen Hälften

\_\_\_\_\_ in Raten von \_\_\_\_\_ Euro jeweils am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ jährlich am \_\_\_\_\_ in einem Betrag

auf das Konto( bitte Zutreffendes ankreuzen)

SaarLB Saarbrücken  Deutsche Bank Saarbrücken  Postgiroamt Saarbrücken

Konto Nr.: 1 3333 000

Konto Nr.: 0209 528

Konto Nr.: 9434- 669

BLZ: 590 500 000

BLZ: 590 700 70

BLZ: 590 100 66

überweisen oder per **Einzugsermächtigung** von meinem/ unserem Konto abbuchen lassen:

Hiermit ermächtige(n) ich/ wir Sie widerruflich, zu Lasten meines/ unseres Kontos

Konto Nr.: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_

(genaue Bezeichnung der kontoführenden Bank/ Postgiroamt)

mittels Lastschrift den Mitgliedsbeitrag jährlich

ab dem 01. \_\_\_\_\_ einzuziehen.

Ihre Daten werden gespeichert und unter Beachtung des Datenschutzgesetz für die vereinsinterne Verwendung  
(z-B. Mitgliederzeitschrift, Schriftverkehr, Einladungen zu Veranstaltungen, Weitergabe an GruppenleiterInnen)  
verarbeitet.

---

Ort, Datum

Unterschrift