



Deutsche Myasthenie Gesellschaft e. V.

Geschäftsstelle - Westerstr. 93 - 28199 Bremen - www.dmg.online

Mitgliedsantrag

Kontaktdaten

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____ PLZ, Ort: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Ich beantrage die Mitgliedschaft als

Mitglied € 60 / Jahr Myasthenia Gravis LEMS CMS Angehörige*r / Interessierte*r

ggf. betroffenes Kind (Name): _____

Geb.-Datum: _____

jährliche Spende über € _____

einmalige Spende über € _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Vereinszeitung

Ich wünsche die Zustellung der Vereinszeitung DMG-Aktuell als Printmedium per Post an o. g. Anschrift

Ich wünsche die Zustellung der Vereinszeitung DMG-Aktuell digital per E-Mail an _____

Datenschutz

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten finde ich hier: <https://dmg.online/datenschutz/>

Zahlungsweise

Ich zahle per SEPA-Lastschriftmandat (Lastschrifteinzug): Ich ermächtige die Deutsche Myasthenie Gesellschaft e. V. (Gläubiger-ID: DE11DMG00000223162) widerruflich, den zu entrichtenden Jahresbeitrag zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen, jeweils zu 50 % im 1. und 3. Quartal, am 2. Dienstag im Februar und am 2. Dienstag im Juli. Sollte der Tag des LE auf einen Feiertag fallen, erfolgt der LE am darauffolgenden Bankarbeitstag. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit der Erfassung und Pflege meiner Daten erkläre ich mich mit meiner Unterschrift einverstanden.

Name, Vorname Kontoinhaber*in: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____