

SICH NICHT ABFINDEN UND TATENLOS ZUSEHEN!

Myelin Projekt Deutschland e.V.

Mitgliederbetreuung
Gottfried-Keller-Straße 9
04289 Leipzig

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein „Myelin Projekt Deutschland e.V.“

Name / Vorname	
Straße/Nr	
PLZ / Wohnort	
Geburtsdatum	
Telefon / Mobil	
E-mail	

Der Austritt ist nach einem Jahr zum Ende eines Kalendervierteljahres mit einer Frist von 6 Wochen zulässig.

Datum:

Unterschrift:

Folgende Angaben werden nur für interne Zwecke verwendet und können freiwillig beantwortet werden:

Ich bin selbst/durch Angehörige betroffen

Name des Betroffenen	Krankheitsbild
----------------------	----------------

- Interessierte(r)
- Förderer/Unterstützer

Hiermit ermächtige ich den Verein „Myelin Projekt Deutschland e.V.“ widerruflich, den unten angegebenen Betrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Name des Kontoinhabers	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
Bank	
Jahresbeitrag (Mindestbeitrag z.Zt. 20€) Ein Mehrbeitrag wird als Spende bescheinigt.	

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Datum:

Unterschrift: