

**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.“

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

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.

<b>Name des Kontoinhabers</b>	
<b>Bankleitzahl</b>	
<b>Kontonummer</b>	
<b>Bank</b>	
<b>Jahresbeitrag</b> (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: .....