



An
 Myelin Projekt Deutschland e.V.
 Große Straße 64

28876 Oyten

Beitrittserklärung

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

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ – Wohnort	
Telefon	
Fax	
eMail	

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:

Name des Betroffenen	
Geburtsdatum des Betroffenen	
Krankheit	
Wann / Wo diagnostiziert	

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	
BLZ	
Bank	
Kontonummer	
Jahresbeitrag (Mindestbeitrag z. Zt. 20,00 €)	

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: _____