



SICH NICHT ABFINDEN UND TATENLOS ZUSEHEN!

zurücksenden an:

Myelin Projekt Deutschland e.V.
Gottfried-Keller-Straße 9
04289 Leipzig

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

Name / Vorname	
Adresse	
Geburtsdatum	
Telefon / Email	
Jahresbeitrag (Mindestbeitrag z.Zt. 20 €) Ein Mehrbetrag wird als Spende bescheinigt.	<input type="checkbox"/> Ich zahle per Rechnung <input type="checkbox"/> Ich zahle per SEPA-Lastschrift

Der Austritt ist nach einem Jahr zum Ende des 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	<input type="checkbox"/> selbst / durch Angehörige betroffen
	Krankheitsbild:
	<input type="checkbox"/> Interessierte(r)
	<input type="checkbox"/> Förderer / Unterstützer

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00001161379, Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Verein Myelin Projekt Deutschland e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Myelin Projekt Deutschland e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. **HINWEIS:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name / Vorname	
Straße / Nr.	
PLZ / Wohnort	
Kreditinstitut (BIC und Name)	_____ ____ Bank:
IBAN	____ ____ ____ ____ ____ ____

Datum:

Unterschrift: