

## Mitgliedsantrag

### Bitte unterschreiben und per Post schicken an:

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft  
Landesverband Hessen e.V.  
Mitgliederverwaltung  
Wittelsbacherallee 86  
60385 Frankfurt

### Beitrittserklärung:

Ich trete der DMSG Hessen **als Mitglied** bei, mit einem Jahresbeitrag von  
\_\_\_\_\_ EUR (mind. 48,00 EUR)

### ODER

Ich trete der DMSG Hessen **als Angehöriger/Betreuer** bei, mit einem  
Jahresbeitrag von 12,00 EUR.  
Die Hauptmitgliedschaft besteht bereits für meinen Angehörigen/die von mir  
betreute Person:

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname des Hauptmitglieds)

### Ihre Daten:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

### Art der Zahlung

Einzugsermächtigung

Überweisung

### Ich bin an MS erkrankt

Ja

Nein

### Ich wünsche die kostenfreie Zustellung der Mitgliederzeitschriften

Ja

Nein

Sie können Ihren Antrag auf Mitgliedschaft innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt des Bestätigungsschreibens. Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website [www.dmsg-hessen.de](http://www.dmsg-hessen.de), Hinweise zum Datenschutz für die Mitgliedschaft auf [www.dmsg-hessen.de/spenden-und-helfen/mitgliedschaft/](http://www.dmsg-hessen.de/spenden-und-helfen/mitgliedschaft/) Auf Wunsch senden wir Ihnen die Datenschutzhinweise für Mitglieder gerne zu.

---

## SEPA-Lastschriftmandat für die Beitrittserklärung

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE43ZZZ00000332875

### Mandatsreferenz (wird nachgereicht):

Hiermit ermächtige ich die DMSG Landesverband Hessen e.V., den Mitgliedsbeitrag von jährlich \_\_\_\_\_ EUR (mind. 48,00 EUR) für das erste Jahr direkt bzw. jeweils zum 01.01. der Folgejahre durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DMSG Landesverband Hessen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

---

IBAN

---

Kontoinhaber (Vor- und Nachname)

---

Kreditinstitut (Name und BIC)

---

PLZ/Wohnort

---

Straße/Hausnummer

---

Datum/Unterschrift

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Hinweis: Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.