

Service-Formular



An
DMSG-Landesverband
Sachsen-Anhalt e.V.
Harz 22
06108 Halle (Saale)

Absender
Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Mitgliedsnummer

1. Beitragszahlung ab Januar 2025 per SEPA-Lastschrift mit dem Mandat auf der Rückseite

Ich wähle folgenden Rhythmus für den Beitragseinzug per Lastschrift – bitte nur ein Kreuz:

- Monatlich jeweils zum ersten Arbeitstag des Monats,
- Quartalsweise zum 1. Februar, 1. Mai., 1. August und 1. November,
- Halbjährlich zum 1. Januar und 1. Juli oder
- Jährlich zum 1. Juli.

2. Datenänderung

- Meine Adressdaten haben sich geändert.
Für die ordnungsgemäße Führung der Mitgliederdatei teile ich meine neue Anschrift mit.

Straße, Hausnummer

Falls zutreffend – Ortsteil

PLZ, Ort

- Ergänzend teile ich freiwillig und jederzeit widerruflich meine Kommunikationsdaten mit:

Festnetznummer

Mobilfunknummer

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Bitte im Fensterbriefumschlag an die Geschäftsstelle senden – vielen Dank.



0000000000103681901180

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Harz 22

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

06108 Halle

Land / Country:

BRD

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE42ZZZ00001058647

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**