



DSCM e. V.  
Geschäftsstelle  
Jean-Paul-Straße 9  
D-95615 Marktredwitz

(wird vom DSCM e. V. ausgefüllt)  
Mitgliedsnummer:

## Änderungsantrag

(Bitte ausfüllen, ausdrucken, **unterschreiben** und per Post an o. g. Adresse senden.)

Mitgliedsnummer:

Vorname:  
(oder Angehöriger/Kind)

Nachname:

**Bitte geben Sie hier Ihre neuen Daten bzw. Änderungen ein.**

Straße, Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Art der Mitgliedschaft:

40 € Mitglied

60 € Familienmitgliedschaft (Betroffene/r, Angehörige/r und minderjähriges Kind)

60 € Fördermitglied

Einmalige Spende:

€ (Hier können Sie auch einen höheren Jahresbeitrag eintragen.)

Bankverbindung:

IBAN DE

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den DSCM e. V., Zahlungen von diesem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der DSCM e. V. auf das Konto bezogene 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.

**Änderung wirksam ab:**

Ort

Datum

Unterschrift

Diese Daten werden nur für die Mitgliederverwaltung erhoben, gespeichert und genutzt. (§28 BDSG)