Deutsche Syringomyelie und Chiari Malformation e.V.

Gemeinnützige Selbsthilfeorganisation auf Bundesebene

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

Stand 07.2019

Änderungsantrag

(Bitte ausfüllen, ausdrucken, **unterschreiben** und per Post an obige Adresse senden)

Mitgliedsnummer	
Vorname – Name oder Angehöriger/Kind	-

Bitte geben Sie hier Ihre neuen Daten ein.

Nachname	
Straße - Nr.	
PLZ - Ort	-
Telefon - Handy	/ Handy
E-Mail - Adresse	@
Art der Mitgliedschaft	☐ 40.-€ Mitglied ☐ 60.-€ Familienmitgliedschaft (Betroffene/r und Angehörige/r) ☐ 60.-€ Fördermitglied ☐ € (hier können Sie auch einen höheren Jahresbeitrag eintragen)
Bankverbindung	**IBAN** DE **BIC** 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	