

# Änderung Mitgliedsdaten

An die  
 Deutsche OI-Gesellschaft e. V.  
 Postfach 11 19 08  
 20419 Hamburg

Um Sie stets pünktlich und korrekt über die Vereinsbelange informieren und zu unseren Veranstaltungen und Mitgliedsversammlungen einladen zu können, benötigen wir Ihre aktuelle Daten.

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular  
 per Fax an 040 69087-199 oder  
 per E-Mail an [info@oi-gesellschaft.de](mailto:info@oi-gesellschaft.de)  
 oder per Post an die nebenstehende Adresse.

Bitte geben Sie hier Ihre bisherigen Daten an:

Name  Vorname

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefon  Mobil

Beruf/Tätigkeit  E-Mail

## Status bei der DOIG:

- Hauptmitglied einer Familie       Familienmitglied       Fördermitglied: € \_\_\_\_\_       Einzelmitgliedschaft  
 ggf. mit reduziertem Beitrag € \_\_\_\_\_  
 Ich bin Angehörige/r (A)       Betroffene/r (B)       A+B       beruflich mit OI Befasste/r       Sonstige

Welchem Landesverband gehören Sie an?

Weitere Familienmitglieder (unter der gleichen Adresse gemeldet):

Name  Vorname   
 Angehörige/r (A)       Betroffene/r (B)       A+B       beruflich mit OI Befasste/r       Sonstige

Name  Vorname   
 Angehörige/r (A)       Betroffene/r (B)       A+B       beruflich mit OI Befasste/r       Sonstige

Name  Vorname   
 Angehörige/r (A)       Betroffene/r (B)       A+B       beruflich mit OI Befasste/r       Sonstige

Bitte geben Sie hier Ihre neuen Daten an:

Die Änderungen gelten  ab sofort       ab (Datum:) \_\_\_\_\_

Die Daten gelten für alle oben genannten Personen.

Name falls NEU  Vorname

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefon  Mobil

Beruf/Tätigkeit  E-Mail

**SEPA-Lastschrift-Mandat** ((bitte nur ausfüllen bei neuem Geldinstitut)

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Osteogenesis imperfecta (Glasknochen) Betroffene e. V. (DOIG), den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DOIG auf mein Konto gezogenen 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.

IBAN

BIC

(entfällt, wenn IBAN mit DE beginnt)

Ort  Datum  Unterschrift(en) (für Änderung der Mitgliedsdaten und Einzugsermächtigung, sofern angekreuzt)