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
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 Geldinsitut)

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)