

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

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

Bitte geben Sie hier Ihre bisherigen Daten an:

* Name	* Vorname
* Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Telefon	Mobil
Beruf/Tätigkeit	* E-Mail
Status bei der DOIG:	
<input type="checkbox"/> Hauptmitglied einer Familie	<input type="checkbox"/> Familienmitglied
<input type="checkbox"/> ggf. mit reduziertem Beitrag € _____	<input type="checkbox"/> Fördermitglied: € _____
<input type="checkbox"/> Ich bin Angehörige/r (A)	<input type="checkbox"/> Betroffene/r (B)
	<input type="checkbox"/> A+B
	<input type="checkbox"/> beruflich mit OI Befasste/r
	<input type="checkbox"/> Sonstige

Welchem Landesverband gehören Sie an? _____

Weitere Familienmitglieder (unter der gleichen Adresse gemeldet):

Name	Vorname
<input type="checkbox"/> Angehörige/r (A)	<input type="checkbox"/> A+B
<input type="checkbox"/> Betroffene/r (B)	<input type="checkbox"/> beruflich mit OI Befasste/r
	<input type="checkbox"/> Sonstige
Name	Vorname
<input type="checkbox"/> Angehörige/r (A)	<input type="checkbox"/> A+B
<input type="checkbox"/> Betroffene/r (B)	<input type="checkbox"/> beruflich mit OI Befasste/r
	<input type="checkbox"/> Sonstige
Name	Vorname
<input type="checkbox"/> Angehörige/r (A)	<input type="checkbox"/> A+B
<input type="checkbox"/> Betroffene/r (B)	<input type="checkbox"/> beruflich mit OI Befasste/r
	<input type="checkbox"/> 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)