

An den
Deutschen Psoriasis Bund e.V. (DPB)
Seewartenstraße 10
20459 Hamburg



Mitglied werden

Ich möchte Mitglied im Deutschen Psoriasis Bund e.V. (DPB) werden. Ich verpflichte mich, den gemäß der aktuellen Ordnung über den Beitrag (Bei 0) (abrufbar unter www.psoriasis-bund.de/psoriasis-bund/ordnungen und erhältlich über die Geschäftsstelle des DPB) jährlich fällig werdenden Mitgliedsbeitrag in Höhe von 59,- Euro (Stand Januar 2019) zu entrichten.

Name _____

Vorname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Eintrittsdatum _____

Ich willige ein, dass meine Daten (Name, Adresse, Mitgliedsnummer, Eintrittsdatum, E-Mail-Adresse) an eine ehrenamtlich tätige Gruppenleitung bzw. Kontaktperson des DPB in meiner Region weitergegeben werden. (Bitte ggf. streichen)

SEPA-Lastschriftmandat: Ich gestatte dem Deutschen Psoriasis Bund e.V. (DPB), den gemäß der aktuellen Ordnung über den Beitrag (Bei 0) (abrufbar unter www.psoriasis-bund.de/psoriasis-bund/ordnungen und erhältlich über die Geschäftsstelle des DPB) zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen. Diesen Lastschriftauftrag kann ich jederzeit fristlos widerrufen.

Gläubigeridentifikationsnummer: DE70ZZZ00000055454

IBAN: DE _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Mitgliedsnummer = Mandatsreferenz (wird vom DPB ausgefüllt)

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.

Datum/Unterschrift

Bei Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung:
Tel.: 040 2233990
info@psoriasis-bund.de



**Deutscher
Psoriasis Bund e.V.**
Selbsthilfe seit 1973