



Deutscher Psoriasis Bund e.V.

Seewartenstr. 10 | 20459 Hamburg

Telefon 040 / 22 33 99 - 0

Fax 040 / 22 33 99 - 22

info@psoriasis-bund.de

Bitte ausdrucken (verwenden Sie dazu die Druckoption Ihres Browsers).

In Druckbuchstaben ausfüllen!

Beitritt zum DPB

Ich möchte Mitglied werden im Deutschen Psoriasis Bund e.V. (DPB).

Ich verpflichte mich, den gemäß der Beitragsordnung des DPB jährlich im Voraus fälligen Mitgliedsbeitrag zu Beginn eines Kalenderjahres pünktlich zu leisten.

Meine persönlichen Daten

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname(n): _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Eintrittsdatum: _____

Diese Daten unterliegen dem Datenschutz. Im Falle einer Adressänderung darf das für den Vertrieb genutzte Postunternehmen dem DPB Änderungen mitteilen. Ich willige ein, dass meine Adresse und die Mitgliedsnummer an eine ehrenamtlich tätige Gruppenleitung in meiner Region weitergegeben wird (Bitte ggf. streichen).

Abbuchungsermächtigung

Ich gestatte dem DPB meinen, nach der Beitragsordnung des DPB, zu leistenden Mitgliedsbeitrag jeweils zum Beginn des Beitragszeitraumes von meinem Konto abzubuchen. Diesen Lastschriftauftrag kann ich jederzeit und fristlos widerrufen.

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Kreditinstitut: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Mitgliedsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

(wird vom DPB ausgefüllt)