



Aufnahmeformular

Name: _____ Vorname: _____

Straße und Nr. : _____

PLZ und Ort : _____

Geboren am: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Weiter aufzunehmende Familienmitglieder (Vorname, Geburtsdatum)

Ich / wir trete(n) hiermit dem **Deutsch - Englischen - Freundeskreis** bei. Die Mitgliedschaft gilt zunächst für ein Jahr und verlängert sich automatisch, wenn sie nicht drei Monate vor Jahresende per Einschreiben beim DEF - Vorstand gekündigt wird.

Satzung und Geschäftsordnung habe(n) ich / wir erhalten / nicht erhalten.

Satzung und Geschäftsordnung können auch von der Homepage des DEF (www.def-oe.de) herunter geladen werden.

Die Jahresbeiträge werden jeweils zum 15.03 des Jahres abgebucht.

Datum, Unterschrift

(bei minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Jahresbeiträge

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Familien mit minderjährigen Kindern | 40,00 EURO |
| Ehepaare oder Partnerschaften | 33,00 EURO |
| Einzelpersonen, Erwachsene | 20,00 EURO |
| Schüler, Auszubildende, Studenten | 7,00 EURO |

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger:

Deutsch-Englischer-Freundeskreis e.V.

Gläubiger Identifikationsnummer:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | E | 4 | 6 | Z | Z | Z | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 9 | 0 | 8 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Mandatsreferenz :

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | E | F | 1 | 9 | 0 | 6 | 1 | 9 | 7 | 9 | O | E | - | N | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ich ermächtige den Deutsch-Englischen-Freundeskreis e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutsch-Englischen-Freundeskreis e.V. 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.

Die Einzugsermächtigung ist jederzeit widerrufbar!

Vorname, Name Kontoinhaber : _____

Straße und Hausnummer : _____

Postleitzahl und Ort : _____

IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ort, Datum

Unterschrift