



Antrag auf Mitgliedschaft

Ja, ich möchte / wir möchten / Mitglied in der
Deutsch - Italienischen Gesellschaft in Bayreuth e.V. werden.

Antragsteller:

Name , Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Email - Adresse:

Weitere Familienmitglieder:

Name , Vorname:

Name , Vorname:

(diese Daten werden nur für vereinsinterne Zwecke verwendet und nicht weitergegeben)

- ☐ Die Satzung der Deutsch-Italienische Gesellschaft Bayreuth e.V. habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.
- ☐ Die Datenschutzverordnung laut Bundesdatenschutzgesetz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich / wir zahle(n) den Jahresbeitrag (bitte ankreuzen) :

- ☐ Einzelmitgliedschaft € 20,-
- ☐ Familien Mitgliedschaft € 30,-
- ☐ Schüler / Studenten € 8,-

☐ **bis auf Widerruf** durch Lastschriftverfahren:

IBAN:

BIC:

Name des Kontoinhabers:

Ich ermächtige die Deutsch-Italienische Gesellschaft Bayreuth e.V., den jeweils gültigen Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsch-Italienische Gesellschaft Bayreuth e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Ort , Datum

.....

Unterschrift des Antragstellers

.....

