**Deutsch-Schwedischer Freundschaftsverein Marburg e.V.**

Hofstatt 1, 35037 Marburg

E-Mail: dsfvmarburg@gmail.com

**Aufnahmeantrag**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Deutsch-Schwedischen Freundschaftsverein Marburg e.V.

*(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!)*

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ / Wohnort:

Straße / Haus-Nr.:

Telefon 1:

Telefon 2:

E-Mail:

Der Jahresbeitrag beträgt 24,00 €. Der ermäßigte Beitrag für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre, Studenten, Rentner und Bedürftige beträgt 12,00 €.

Ort, Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97 ZZZ 0000 1362 625

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Deutsch-Schwedischen Freundschaftsverein Marburg e.V., den Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutsch-Schwedischen Freundschaftsverein Marburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Beitrag wird jedes Jahr am 14. Februar oder dem darauf folgenden Bankarbeitstag eingezogen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

**Kontoinhaber/in**

Name, Vorname:

Straße / Haus-Nr.:

PLZ / Wohnort:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BIC: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ort, Datum, Unterschrift