



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

**z. Hd. Herrn Norman Blevins  
Petersberg 8  
91575 Windsbach**

- Die Veröffentlichung der Daten auf der Internetseite der Gesellschaft ist gestattet.  
(nur bei Unternehmen, Vereinen, Institutionen und Gebietskörperschaften)

(Anrede, Name, Vorname, Unternehmen, Organisation)	Geburtsdatum	weitere Angaben (Geschlecht, Rechtsform etc.)	
Ortsteil, Straße, Hausnummer	Staatsangehörigkeit		
PLZ/Ort	Telefon (privat)	Telefon (beruflich)	
Telefax	Mobil	Email	
<input type="checkbox"/> ich möchte <u>nicht</u> in den Email-Verteiler			
<b>Mitgliedschaft:</b>			
<input type="checkbox"/> einfache Mitgliedschaft		<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft	
<input type="checkbox"/> als Unternehmen		<input type="checkbox"/> als Schüler/Student/AZUBIS	
		<input type="checkbox"/> als Verein/Institution/Gebietskörperschaft	
weitere Vertretungsberechtigte bei juristischen Personen / die weiteren Familienmitglieder:			

Ich erkenne die Grundsätze der *Deutsch-Amerikanischen Gesellschaft Westmittelfranken (e.V.)* und ihre Satzung an (einsehbar unter: [www.deutsch-amerikanische-gesellschaft.com](http://www.deutsch-amerikanische-gesellschaft.com)). Ich erkläre mich dazu bereit, die in der Satzung festgelegten Ziele zu fördern. Ich beantrage hiermit die Aufnahme als Mitglied.

Ich werde einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von mind. \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ € entrichten. (mindestens in Höhe des in der Satzung festgelegten jährlichen Mindestbeitrages, welche gegenwärtig folgende sind:)

- natürliche Personen: 30,- €      - Familienmitgliedschaft: 50,- €      - Schüler/Studenten/AZUBIS: 12,- €  
- Unternehmen: 120,- €      - Verein/Institution/Gebietskörperschaft: 60,- €

Meine Angaben werden nur von der Deutsch-Amerikanischen Gesellschaft Westmittelfranken (e.V.) oder deren Beauftragten zum Zwecke der Vereinsarbeit gespeichert und im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet.

### Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag

Ich bin damit einverstanden, dass mein Jahresbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ (Diese Erklärung gilt bis auf weiteres - ein Widerruf wird schriftlich erfolgen.)

in Worten \_\_\_\_\_

von meinem Konto Nr. \_\_\_\_\_

bei Bank / Sparkasse / Postbank \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

per Lastschrift eingezogen wird.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift