

Mitglieds-Nr.: _____

(wird von der DIG DA-F ausgefüllt)

Antrag auf Mitgliedschaft in der Deutsch-Indischen Gesellschaft Darmstadt-Frankfurt e.V.

(bitte nur per Post zusenden)



An die
Deutsch-Indische Gesellschaft Darmstadt-Frankfurt e.V.
Kasinostraße 3
64293 Darmstadt

Hiermit beantrage ich meine/unsere Mitgliedschaft in der DIG als:

- Schüler/Student (Jahresbeitrag 16 €)
- Einzelperson (Jahresbeitrag 32 €)
- (Ehe-)Paar (Jahresbeitrag 48 €)
- Firma/Gesellschaft (Jahresbeitrag mind. 255 €)

Die Deutsch-Indische Gesellschaft Darmstadt-Frankfurt e.V. ist durch das Finanzamt Darmstadt als gemeinnützig anerkannt. Mitgliedsbeiträge und Spenden sind daher steuerlich absetzbar.

Herr Frau

Name	
Vorname	
Geburtsdatum *)	
Beruf *)	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Wohnort	
Telefon *)	
E-Mail *)	

*) freiwillige Angabe

Die Mitgliedschaft berechtigt zu vergünstigtem Eintritt bei entsprechenden Veranstaltungen der Deutsch-Indischen Gesellschaft Darmstadt-Frankfurt.

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag werde ich jeweils im 1. Quartal eines jeden laufenden Jahres begleichen durch:

- Überweisung auf das Konto der Deutsch-Indischen Gesellschaft Darmstadt-Frankfurt e.V.
Sparkasse Darmstadt, Darmstadt, Konto-Nr. 0000760196, BLZ 50850150
IBAN: DE67508501500000760196, BIC: HELADEF1DAS

oder

- Bankeinzug, dazu habe ich das entsprechende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt.
(Sie erleichtern uns damit die ehrenamtliche Arbeit!)
Per Lastschrift wird der Beitrag am 15.02. eines jeden Jahres eingezogen.

Ort, Datum

Unterschrift

Deutsch-Indische Gesellschaft Darmstadt-Frankfurt e.V.
Kasinostraße 3, 64293 Darmstadt

SEPA-Lastschriftmandat

(bitte nur per Post zusenden)

Gläubiger-Identifikationsnummer der DIG Darmstadt-Frankfurt	DE31ZZZ00000727008
Mandats-Referenznummer des Mitglieds (wird von der DIG eingetragen und dem Mitglied mitgeteilt)	

Hiermit ermächtige ich die Deutsch-Indische Gesellschaft Darmstadt-Frankfurt e.V. (DIG), den von mir zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DIG 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber)		
Straße / Hausnummer		
PLZ / Wohnort		
IBAN	DE	
Kreditinstitut (Name und BIC)		

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers