

Beitrittserklärung

Unter Anerkennung der Satzung beantrage ich die Aufnahme in den Deutschen Amateur-Radio-Club (DARC e. V.), Lindenallee 4, 34225 Baunatal



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Bitte freilassen!

Ortsverband	DOK				
Name	Geschlecht				
Titel und Vorname		Geburtsdatum			
Straße, Nr.					
Postleitzahl	Wohnort				
Rufzeichen	SWL	Beginn der Mitgliedschaft	01		
Ausbildungsrufzeichen und/oder weitere Rufzeichen					
Telefon privat	Frühere Mitgliedschaft im DARC				
Handy privat	E-Mail privat				

2. Kopie erhält Antragsteller

1. Kopie verbleibt beim Ortsverband

Original an DARC-Geschäftsstelle

Sonderbedingungen Beitragsordnung:
(nur ankreuzen / ausfüllen wenn zutreffend!)

Schüler, Studenten, Auszubildende von 18 bis 25 Jahre	<input type="checkbox"/>	Familienmitglied (ohne CQ DL)	<input type="checkbox"/>
Mitglieder gemäß SGB II (ALG II) / SGB XII *	<input type="checkbox"/>	Mitglieds-Nr. Hauptmitglied	<input type="text"/>
schwerbehindertes Mitglied mind. 70 % (mit CQ DL) *	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft Pro	<input type="checkbox"/>
blindes Mitglied (ohne CQ DL) *	<input type="checkbox"/>	Jugendliche bis 18 Jahre	<input type="checkbox"/>
Auslandsmitglied (ohne CQ DL, nur Nutzung der Serviceseiten)	<input type="checkbox"/>	Doppelmitglied VFDB	<input type="checkbox"/>

* **Bestätigung beifügen!**

Ich bin mit der Aufnahme meines Rufzeichens, Namens und Anschrift in Rufzeichenverzeichnisse der Funkamateure einverstanden. Ja Nein

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und Rufzeichens, im Rahmen der Begrüßung von neuen Mitgliedern, in der CQ DL einverstanden. Ja Nein

Ort	Datum	Antragsteller	gesetzl. Vertr. bei Minderjährigen
Bearbeitungsvermerke DARC - Geschäftsstelle			
Bestätigung des Ortsverbandsvorsitzenden:			
Ort		Datum	
Unterschrift	Call	Amtsbezeichnung	

Überweisung
Ich/Wir werde(n) die Zahlungen an den DARC e. V. eigenständig vornehmen.

SEPA-Basis Lastschriftmandat
Ich/Wir ermächtige(n) den DARC e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von DARC e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlweise der Überweisung oder des SEPA-Basis Lastschriftmandates:

jährlich
 monatlich
(zu jedem 5. eines Monats)

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger (Vorname, Name)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Unterschrift