

# Beitrittserklärung

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



Deutscher Amateur-Radio-Club e. V.  
Bundesverband für Amateurfunk in Deutschland

**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

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

1. Kopie verbleibt beim Ortsverband

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"/>

Original an DARC-Geschäftsstelle

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

**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.

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