

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!

Ortsverband	DOK

Name

Titel	Vorname

Straße, Nr.

Postleitzahl	Wohnort

Rufzeichen	SWL

Ausbildungsrufzeichen und/oder weitere Rufzeichen	

Telefon privat	Mobil privat

E-Mail privat

Mitgliedsnummer (wird von der Geschäftsstelle vergeben)

--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht (bitte ankreuzen)

m w d k.A.

Geburtsdatum									

0	1								
Beginn der Mitgliedschaft									

Frühere Mitgliedschaft im DARC	

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

Mitglieder 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	
schwerbehindertes Mitglied mind. 70 % (mit CQ DL)*	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft Pro	<input type="checkbox"/>
Auslandsmitglied (ohne CQ DL, nur Nutzung der Serviceseiten)	<input type="checkbox"/>	Doppelmitglied VFDB	<input type="checkbox"/>
blindes Mitglied (ohne CQ DL)*	<input type="checkbox"/>	Jugendliche bis 18 Jahre	<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

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

2. Kopie verbleibt beim Ortsverband

1. Kopie verbleibt beim Ortsverband

Original an DARC-Geschäftsstelle