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: Pocking | DOK: U30

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
- ☐ Mitglieder gemäß SGB II (ALG II) / SGB XII *
- ☐ schwerbehindertes Mitglied mind. 70 % (mit CQ DL) *
- ☐ blindes Mitglied (ohne CQ DL) *
- ☐ Auslandsmitglied (ohne CQ DL, nur Nutzung der Serviceseiten)
- ☐ Familienmitglied (ohne CQ DL)
  Mitglieds-Nr. Hauptmitglied
- ☐ Mitgliedschaft Pro
- ☐ Jugendliche bis 18 Jahre
- ☐ Doppelmitglied VFDB

* **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.

Zahlweise der Überweisung oder des SEPA-Basis Lastschriftmandates:

- ☐ jährlich
- ☐ monatlich

☐ **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