



AUFNAHMEANTRAG als EINZELMITGLIED im DFV e.V.

Name, Vorname _____
Anschrift _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Handy _____
Fax _____
E-Mail _____

bisherige Mitglieds-Nr.

Geburtsdatum _____
(TT/MM/JJJJ)

Lizenz-Nr. _____
(wenn vorhanden)

ausgestellt von DFV
 DAeC

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Fallschirmsportverband e.V. als
EINZELMITGLIED.

Ich habe meinen Wohnsitz in folgendem Bundesland _____.

Die Einzelmitgliedschaft beginnt im Laufe des 1. Quartals 75,00 Euro
01.04. – 30.06. 56,25 Euro
01.07. – 30.09. 37,50 Euro
01.10. – 31.12. 18,75 Euro

ab 2024

ab 2024

zzgl. bisher bestehender Versicherung/en!!!

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige den Deutschen Fallschirmsportverband e.V. die jährlich fälligen Mitgliedsbeiträge vom Konto

IBAN: _____ bei (Bankinstitut): _____

BIC: _____ einzuziehen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____