



**AUFNAHMEANTRAG als E I N Z E L M I T G L I E D 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 2026**

**ab 2026**

☐ **zzgl. bisher bestehender Versicherung/en!!!**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**E I N Z U G S E R M Ä C H T I G U N G**

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

IBAN: \_\_\_\_\_ bei (Bankinstitut): \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ einzuziehen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_