



AUFNAHMEANTRAG als E I N Z E L M I T G L I E D im DFV e.V.

Name, Vorname _____

bisherige Mitglieds-Nr.

Anschrift _____

PLZ, Ort

Telefon

Handy

Fax

E-Mail

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	<input type="checkbox"/>	75,00 Euro
01.04. – 30.06.	<input type="checkbox"/>	56,25 Euro
01.07. – 30.09.	<input type="checkbox"/>	37,50 Euro
01.10. – 31.12.	<input type="checkbox"/>	18,75 Euro

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