

# Beitrittsantrag • Application for Membership



Name, Vorname / Surname, Christian Name

Geburtsdatum / Date of birth

Straße / Street

Beruf / Profession

Straße: Zusatz / Street: Further details

Nationalität / Nationality

Stadt / Town

Tel.,

Eintrittsdatum / Date of joining

E-mail

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in die Deutsch-Britische Gesellschaft e.V.

I herewith apply for membership of the Deutsch-Britische Gesellschaft e.V.

c/o Sylvia Korbmacher, Lechenicher Weg 6, 50354 Hürth, mit Wirkung vom: / with effect from: \_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind\* damit einverstanden, daß mir/uns\* Einladungen auch zu Mitgliederversammlungen termingerecht laut Satzung über e-Mail zugesandt werden.

I/we\* herewith grant my/our\* consent to receive invitations by e-mail, including those to annual meetings, with appropriate notice as required by our statutes.

\*Nichtzutreffendes bitte streichen / delete as appropriate

Mit einem Jahresbeitrag von (bitte entsprechendes ankreuzen) bin ich einverstanden ...

Min. EUR 150,-

Firmen wie juristische Personen /  
companies, corporations

I agree to the annual subscription rate(s) of (please tick the appropriate box) ...

EUR 50,-

ordentliche Mitglieder /  
full members

EUR 20,-

Ehepartner als Mitglied /  
partner membership

EUR 15,-

Student/in als Mitglied /  
Student membership

Mit Aufnahme wird der Betrag von ...

EUR \_\_\_\_\_ auf das unten genannte Konto überwiesen / will be transferred to the following account ...

On joining the amount of ...

Bank: Stadtparkasse Köln

IBAN: DE58 3705 0198 0003 3329 70

BIC: COLSDE33

Unterschrift / Signature

## SEPA Mandat • Direct debit authorisation

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 5113100000101871

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

(Mitglied)

Vorname

Nachname

Ich ermächtige die Deutsch-Britische Gesellschaft e.V., fällige Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsch-Britischen Gesellschaft e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Kontoinhaber) Vorname

Nachname

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

Datum, Unterschrift / Date, Signature