

# Antrag auf Mitgliedschaft



Anrede, Vorname, Name

Ggf. Institution

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Privatadresse (für Spendenbescheinigungen)

Telefonnummer

Mail

**Bitte wählen Sie:**

- ☒ Ich zahle den Mitgliedsbeitrag von 25 Euro/Jahr
- ☐ Ich zahle freiwillig einen höheren Mitgliedsbeitrag von  
Euro/Jahr

**Bitte wählen Sie:**

- ☒ **SEPA**  
Bitte schicken Sie mir das Formular für das SEPA-Lastschrift-  
verfahren zu.
- ☐ **Überweisung jährlich**  
Ich überweise den Mitgliedsbeitrag jeweils zum 20. Januar.  
Den Beitrag für das laufende Jahr überweise ich einmalig  
innerhalb einer Woche auf untenstehendes Konto.

**Ort, Datum und Unterschrift**