

Absender:

---

---

---

Interessengemeinschaft Amateurfunk Osnabrück  
Menkestraße 6

49076 Osnabrück

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in die **Interessengemeinschaft Amateurfunk Osnabrück**:

Name:

---

Vorname:

---

Anschrift:

---

Telefon:

---

 / 

---

Fax:

---

 / 

---

E-Mail:

---

Geburtsdatum:

---

 . 

---

 . 

---

Rufzeichen:

---

Ausbildungsrufzeichen:

---

Beginn der Mitgliedschaft:

---

 . 

---

 . 

---

Jugendliche(r) bis 18 Jahre (1)

 Ja /  Nein

Schüler, Student, Azubi, Wehr- o.

Zivildienstleistender (2)

 Ja /  Nein

Mitglied im DARC/VFDB (DOK):

---

Wenn Familienmitglied:

Rufzeichen Hauptmitglied (4) :

---

Aufnahme in die öffentliche Mitgliederliste (3)  Ja /  Nein

Zahlungsweise (5)  Lastschrift /  Rechnung

Ort, Datum:

Unterschrift:

1. Die Zustimmung eines Erziehungsberechtigten liegt vor. Der Antrag wird von einem Erziehungsberechtigten zusammen mit dem Antragsteller unterschrieben.
2. Gemäß § 3 IV der Beitragsordnung erhalten Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehr- oder Zivildienstleistende sowie Empfänger von Sozialleistungen eine Beitragsermäßigung von 50%.
3. Ja, ich bin mit der Aufnahme von Rufzeichen, Namen und E-Mail-Adresse in die Mitgliederliste des Vereins einverstanden. Nein, meine Daten sollen nur dem Vorstand bekannt sein.
4. Gemäß § 3 V der Beitragsordnung zahlen Ehepartner und Kinder bis 18 Jahre 50% des Jahresbeitrags. Bei mehr als zwei Familienmitgliedern wird maximal der doppelte Jahresbeitrag erhoben.
5. Mir ist bekannt, dass bei Zahlung gegen Rechnung gemäß § 4 Nr. 2 Beitragsordnung eine Bearbeitungsgebühr von € 3,00 pro Rechnung erhoben wird.

Absender:

---

---

---

Interessengemeinschaft Amateurfunk Osnabrück  
Menkestraße 6

49076 Osnabrück

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die

**Interessengemeinschaft Amateurfunk Osnabrück**  
Menkestr. 6  
49076 Osnabrück

widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen aus Rechnungen an

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

bei Fälligkeit meinem / unserem Girokonto

Inhaber: \_\_\_\_\_  
Konto-Nr.: \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

zu belasten.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht Seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Zusätzlich entstehende Kosten durch Rückbuchungen trage(n) ich / wir. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Ferner willige(n) ich / wir ein, dass Auskünfte über meine / unsere Zahlungsmoral bei meinem / unserem kontoführenden Kreditinstitut durch den Zahlungsempfänger eingeholt werden.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------