



**FREUNDE DES
AMERICAN
COUNCIL ON
GERMANY** e.V.

Beitrittserklärung für eine persönliche Mitgliedschaft

Anrede

Titel

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Beruf

Ich erkenne die **Satzung** des Vereins mit meiner Unterschrift an.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung vom 1. Juni .2018 beträgt der jährliche **Mitgliedsbeitrag** 200 Euro. Der Mitgliedsbeitrag ist bis spätestens 28. Februar eines jeden Jahres zu zahlen. Der Mitgliedsbeitrag für neu eintretende Mitglieder ist spätestens einen Monat nach der Bestätigung der Aufnahme an den Verein zu zahlen (§ 4 Abs. 3 der Satzung).

Bitte beachten Sie, dass die Beitrittserklärung von **zwei Mitgliedern** des Vereins unterschrieben sein muss (§ 3 Abs. 2 der Satzung).

Name des Mitglieds

Datum

Unterschrift

Name des Mitglieds

Datum

Unterschrift

Die Mitgliedschaft im Verein Freunde des American Council on Germany e.V. wird durch Annahme dieser Beitrittserklärung durch den Vorstand begründet (§ 3 Abs. 2 der Satzung).

Fragebogen

Bitte beachten Sie unsere Datenschutzerklärung, die diesem Fragebogen beigelegt ist und abgerufen werden kann unter <https://acgde.org/wp-content/uploads/2019/05/Datenschutzerklaerung.pdf>

Ich willige ein, dass folgende Angaben im Mitgliedsverzeichnis veröffentlicht werden dürfen. Das Mitgliedsverzeichnis ist nur Mitgliedern zugänglich. Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte. Ich kann diese Einwilligung jederzeit in Textform (z.B. durch Brief oder E-Mail) widerrufen.

- Privat Geschäftlich Nur Vor- und Nachname keine Nennung

Persönliche Angaben

Anrede

Titel

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail



FREUNDE DES
AMERICAN
COUNCIL ON
GERMANY e.V.

Geschäftliche Angaben

Firma / Institution

Position

Branche

Straße

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

Bitte senden Sie Post an folgende Anschrift

Privat Geschäftlich

Weitere Unterlagen

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren



FREUNDE DES
AMERICAN
COUNCIL ON
GERMANY e.V.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Freunde des American Council on Germany e.V.
c/o Dr. Ole Jani
Westfälische Straße 82
10709 Berlin

Wiederkehrende Zahlungen

[Gläubiger-Identifikationsnummer]

DE90ZZZ00002218194

[Mandatsreferenz]

Wird Ihnen später mitgeteilt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige

[Name des Zahlungsempfängers]

Freunde des American Council on Germany e.V.

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Freunde des American Council on Germany e.V.

Auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Nachname, Straße Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC]

[IBAN]

Hinweis: Die Angabe des BIC ist nicht erforderlich, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

[Unterschrift (Zahlungspflichtiger)]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren



FREUNDE DES
AMERICAN
COUNCIL ON
GERMANY e.V.

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Freunde des American Council on Germany e.V.
c/o Dr. Ole Jani
Westfälische Straße 82
10709 Berlin

Wiederkehrende Zahlungen

[Gläubiger-Identifikationsnummer]

DE 90ZZZ00002218194

[Mandatsreferenz]

Wird Ihnen später mitgeteilt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige

[Name des Zahlungsempfängers]

Freunde des American Council on Germany e.V.

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Freunde des American Council on Germany e.V.

Auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Nachname, Straße Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC]

[IBAN]

Hinweis: Die Angabe des BIC ist nicht erforderlich, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

[Unterschrift (Zahlungspflichtiger)]

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen