

Bitte zurücksenden per E-Mail oder Fax
an die DUAG e.V. (duag-ev@web.de) oder Fax: 03212-1114043



Mitgliedsantrag

Name:	Vorname:
-------	----------

Straße:	Nr.:
---------	------

PLZ:	Ort:
------	------

Bundesland:

Geburtsdatum:

Telefon:	Mobil:
----------	--------

eMail:

Ich erkläre meinen Beitritt als: Vollmitglied Fördermitglied
 Familienmitglied eines Betroffenen

Die Mitgliedschaft beträgt 30,00 €, für Familienmitglieder nur 10,00 €. Eine Familienmitgliedschaft wird nur dann akzeptiert, wenn der / die Betroffene selbst Mitglied ist.

Der Vereinsbeitrag soll gemäß von meinem unten genannten Girokonto abgebucht werden. Sollte mein Konto zum Zeitpunkt der Lastschrift nicht die erforderliche Deckung aufweisen und deshalb dem Verein durch die Zahlungsverweigerung des kontoführenden Instituts Kosten entstehen, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten. Diese Berechtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Sie erlischt automatisch mit der Beendigung der Mitgliedschaft.

Ich bitte um Einzug des jährlichen Mitgliedsbeitrags von meinem Konto:

IBAN:
BIC:
Bank:

Ort, Datum

Unterschrift