

An die
Deutsch-Griechische Gesellschaft Wiesbaden/Mainz e.V.
c/o Holger Lamm
Im Bienenfang 20
65366 Geisenheim

Aufnahmeantrag

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich möchte der Deutsch-Griechischen Gesellschaft Wiesbaden/Mainz e.V. (DGG) ab _____
als Mitglied beitreten.

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ FAX: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Mit meinem Beitritt erkenne ich die Satzung der DGG an.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereins-
zwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bin ich einverstanden.

Am Bezug des Jahrbuchs für griechische Kultur und deutsch-griechische Beziehungen HELLENIKA,
herausgegeben von der Vereinigung der Deutsch-Griechischen Gesellschaften, zum Vorzugspreis von
6€ bin ich interessiert / nicht interessiert (*Nichtzutreffendes bitte streichen*).

Den Mitgliedsbeitrag (Mindestbeitrag Einzelmitglieder 30 €, Ehepaare 35 €, Schüler/innen und
Student/innen 12 €) / das Hellenika-Abonnement werde ich (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

einziehen lassen (ausgefülltes SEPA-Lastschriftmandat ist beifügt)

jeweils bis zum 15.01. eines Jahres auf das Konto der DGG überweisen

(IBAN DE 25 51050015 0188080006 BIC NASSDE55XXX)

Kündigung der Mitgliedschaft:

Der Austritt aus der DGG kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Präsidium jederzeit zum
Ende des Geschäftsjahres erfolgen.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers)

.....
(Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Name: Deutsch-Griechische Gesellschaft Wiesbaden/Mainz e.V.
Straße: Im Bienenfang 20
PLZ/Ort: 65366 Geisenheim

Vom Zahlungsempfänger auszufüllen:

Gläubiger-ID:

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Zahlungspflichtige/r (Kontoinhaber/in)

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift der/des Zahlungspflichtigen)