

Aufnahmeantrag (bitte in Druckschrift ausfüllen)



Deutscher Alpenverein
Sektion Flensburg e. V.
Postfach 14 37
24904 Flensburg

Hauptantragsteller/in

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Wohnort	
Telefon <i>(Angabe freiwillig)</i>	
E-Mail <i>(Angabe freiwillig)</i>	

Wenn auch der Partner bzw. die Partnerin Mitglied werden soll:

Name		Vorname		Geburtsdatum	
------	--	---------	--	--------------	--

Wenn auch Kinder des Antragstellers bzw. der Antragstellerin Mitglieder werden sollen:

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Name		Vorname		Geburtsdatum	
Name		Vorname		Geburtsdatum	

Wenn bereits eine Mitgliedschaft in einer Sektion des DAV besteht:

Ich war/bin bereits Mitglied in der Sektion		Familienmitglieder sind/waren Mitglied in der Sektion	
---	--	---	--

Hinweise zur Mitgliedschaft:

- Mit untenstehender Unterschrift bestätigt der Antragsteller, dass er die Ziele und insbesondere die Satzung der Sektion anerkennt.
- Es wird darauf hingewiesen, dass die Mitgliedschaft kalenderjährlich gilt und sich, sofern nicht fristgerecht gekündigt wurde, jeweils automatisch um ein weiteres Jahr verlängert (gilt auch mit Erreichen der Volljährigkeit).
- Im Falle eines Austritts muss dieser jeweils bis zum 30. September schriftlich gegenüber der Sektion erklärt sein, damit er zum Jahresende wirksam wird.
- Mit untenstehender Unterschrift bestätigt der Antragsteller außerdem, dass er die Datenschutzerklärung auf der Downloadseite der Sektion Flensburg gelesen hat und der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten zustimmt, soweit es für Verwaltungszwecke der Sektion bzw. der Bundesgeschäftsstelle erforderlich ist.

Ort, Datum		Unterschrift/en <i>(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)</i>	
------------	--	--	--

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Ich ermächtige die DAV-Sektion Flensburg Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DAV Sektion Flensburg auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditunternehmen vereinbarten Bedingungen.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer	DE17 0750 0000 5583 83	Vorname und Name des Kontoinhabers	
Name des Kreditinstitutes		BIC	
IBAN	D	E	
Ort, Datum		Unterschrift des Kontoinhabers	

Ich wünsche die halbjährliche Zustellung der Sektionsmitteilungen "Bergblick" <input type="checkbox"/>	Ich wünsche die zweimonatliche Zustellung des Mitgliedermagazins „DAV Panorama“ <input type="checkbox"/>
Ich verzichte auf die Zustellung des „Bergblicks“ und informiere mich über www.dav-flensburg.de <input type="checkbox"/>	Ich verzichte auf die Zustellung des Mitgliedermagazins „DAV Panorama“ und informiere mich über www.alpenverein.de <input type="checkbox"/>

Wird von der Geschäftsstelle der Sektion Flensburg ausgefüllt:

Beitrag	Aufnahmegebühr	Mitgliedsnummer	in MV aufgenommen am
---------	----------------	-----------------	----------------------