



**Aufnahmeantrag**

**Ich beantrage die Einzelmitgliedschaft**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ich bin an aktiver Mitarbeit interessiert**  ja  nein

**Nur bei Minderjährigen: Name und Anschrift des gesetzl. Vertreters**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Meine von der Mitgliederversammlung festgesetzten Jahresbeiträge (zurzeit 45 Euro/Jugendliche 15 Euro) erhöhe ich um eine freiwillige Spende von

jährlich  Euro auf  Euro.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

**Wir beantragen die Partnermitgliedschaft**

**1.**

Name der **ersten** Person \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ich bin an aktiver Mitarbeit interessiert**  ja  nein

**2.**

Name der **zweiten** Person \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ich bin an aktiver Mitarbeit interessiert**  ja  nein

**Gemeinsame Postanschrift:**

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Unsere von der Mitgliederversammlung festgesetzten Jahresbeiträge (zurzeit 60 Euro) erhöhen wir um eine freiwillige Spende von

jährlich  Euro auf  Euro.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschriften beider Personen 1. und 2. \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat** Wird vom DFTM ausgefüllt!

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE80ZZZ00000930408** **Mandatsreferenz:**

Ich/wir ermächtige(n) das Deutsche Film- und Fototechnik Museum (DFTM) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird mein/unsere Kreditinstitut angewiesen, die vom DFTM auf mein/unsere Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen ab dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Dabei gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Falls Lastschriften wegen fehlender Deckung zurückgewiesen werden, verpflichte ich mich/verpflichten wir uns zur Zahlung der entstehenden Gebühren.

Kontonummer \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße, Nr. \_\_\_\_\_

**IBAN:**  **BIC:**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_