

**Ja,**

**ich will / wir wollen / Mitglied werden in der  
Deutsch-Italienische Gesellschaft in Passau e. V.**



**Hubertusweg 1  
94034 Passau  
Tel: 0851/57828**

Vorname, Name des Antragstellers: .....

Vorname, Name des Ehe-/Partners: .....

Straße / Hnr.: .....

PLZ Stadt: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Email- Adresse: .....

Beruf: ..... Geburtsdatum: .....

Beruf: ..... Geburtsdatum: .....

*(diese Daten werden nur für vereinsinterne Zwecke verwendet und nicht weitergegeben)*

Ich/wir zahle/n den Jahresbeitrag *(bitte ankreuzen)*:

- Studenten, Hausfrauen, Rentner € 10,-
- Einzelmitgliedschaft für Berufstätige € 20,-
- Ehe / Partnermitgliedschaft € 30,-

**bis auf Widerruf** durch Lastschriftverfahren:

IBAN

BIC

Name Kontoinhaber (falls abweichend von AntragstellerIn): .....

Ich ermächtige die Deutsch-Italienische Gesellschaft in Passau e. V., den jeweils gültigen Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsch-Italienischen Gesellschaft in Passau e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
Unterschrift des Ehe-/Partners

.....  
Ort, Datum

.....  
Ort, Datum