|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ortsverband: | | | | DOK   z |
| Name: | | | | Geschlecht: |
| Vorname: | | | | Titel: |
| Straße: | | | | Nr.: |
| Wohnort: | | | | PLZ: |
| Geburts- datum: | | | Beginn der Mitgliedschaft. | |
| Rufzeichen/ SWL: | | | weitere Rufzeichen: | |
| 2. DOK: | | | QSL-DOK: | |
| Telefon Festnetz: | | | Telefon Mobil: | |
| E-Mail: | | | | |
| Beitrags- Klasse: | BK: | DARC Mitgliedsnummer: | Erläuterung siehe Anlage 1 oder 2 der BFO Bei Beitragsklassen mit reduzierten Jahresbeitrag bitte der Beitrittserklärung **immer** die entsprechenden Nachweise beilegen | |

|  |
| --- |
| Ort Datum Antragssteller gesetzl. Vertr. bei Minderjährigen |

|  |
| --- |
| **Immer** die Bestätigung des Ortsverbandes erforderlich Bei **außerordentlichen** Mitgliedern auch der Bezirksverband |
| OVV, Call BVV, Call |

**SEPA-Basis Lastschriftmandat** (Die Erteilung stellt eine Voraussetzung für eine Mitgliedschaft dar – siehe BFO unter 1.)

|  |  |
| --- | --- |
| Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE74MGV00000244532 | Mandatsreferenz - wird mit den Aufnahmeunterlagen mitgeteilt - |

Ich ermächtige den VFDB e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels wiederkehrender Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VFDB e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.   
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |  |
| --- | --- |
| Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Name, Vorname falls abweichend vom Antragssteller) | |
| Kreditinstitut: | |
| IBAN: | |
| Ort, Datum | Unterschrift des Kontoinhabers: |