

# Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Cichliden-Gesellschaft e. V. (DCG). Der Jahresbeitrag für Einzelmitglieder beträgt 54 €. Eine Familienmitgliedschaft (unabhängig von der Anzahl der Familienmitglieder) beträgt 60 €. (Versandkosten Ausland zzgl. 12 €). Wir erheben eine einmalige Aufnahmegebühr von 10 € (Inland) bzw. 20,00 € (Ausland). Diese Gelder dienen ausschließlich zur Unterstützung satzungsgemäßer Zwecke. Sie sind kein Entgelt für Leistungen der DCG. Im Jahresbeitrag ist die Lieferung eines Exemplars jeder Ausgabe der DCG-Informationen des Beitragsjahres enthalten. Eine Familienmitgliedschaft berechtigt nicht zum Bezug mehrerer Exemplare. Die Satzung der Deutschen Cichliden-Gesellschaft e. V. erkenne ich an.

An die  
DCG-Geschäftsführung  
Klaus Schmitz  
Brahmsstrasse 38  
32816 Schieder- Schwalenberg

|                     |                              |                          |
|---------------------|------------------------------|--------------------------|
| Geworben von:       | (nur Zutreffendes ausfüllen) |                          |
| Region:             |                              |                          |
| Arbeitskreis:       |                              |                          |
| Internet            | über Regionalseite           | <input type="checkbox"/> |
|                     | über Hauptseite              | <input type="checkbox"/> |
| Name des Mitglieds: |                              |                          |
| Beitragsbeginn:     | Ab dem 01.01.                | <input type="checkbox"/> |

## Meine Personalien:

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder! Die mit X gekennzeichneten Felder bitte unterschreiben!

|                 |  |                     |  |
|-----------------|--|---------------------|--|
| Anrede:         |  | Straße, Haus-Nr.*:  |  |
| Vorname(n)*:    |  | PLZ, Wohnort*:      |  |
| Name*:          |  | Land*:              |  |
| Geburtsdatum*:  |  |                     |  |
| Telefon-Nr.:    |  | Mobiltelefon-Nr.:   |  |
| E-Mail-Adresse: |  | Interessensgebiete: |  |

Ich besitze einen Gewerbeschein, der die Aquaristik betrifft: (bitte ankreuzen) ja  nein

## Nur bei Minderjährigen: Name des/der Erziehungsberechtigten

|              |  |            |  |
|--------------|--|------------|--|
| Anrede:      |  |            |  |
| Vorname(n)*: |  | Nachname*: |  |

## Namen der Familienmitglieder im Rahmen der Familienmitgliedschaft

|              |  |        |  |          |
|--------------|--|--------|--|----------|
| Vorname(n)*: |  | Name*: |  | <b>X</b> |
| Vorname(n)*: |  | Name*: |  | <b>X</b> |
| Vorname(n)*: |  | Name*: |  | <b>X</b> |

Unterschriften der Familienmitglieder

Selbstzahler müssen den Jahresbeitrag bis zum 30. November im Voraus für das kommende Jahr der Mitgliedschaft einzahlen! Bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat erfolgt der Einzug des Jahresbeitrages im Januar. Vor dem Eingang des Betrages erfolgen keinerlei Leistungen durch die DCG. Beitragsrückstände darf die DCG auf meine Kosten einziehen!

Die freiwillige Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich beim Geschäftsführer erfolgen. Bei beschränkt Geschäftsfähigen, insbesondere Minderjährigen, ist die Austrittserklärung auch von dem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Der Austritt ist nur zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zulässig. Geht die Kündigung nach dem 30. September ein, so ist auch noch der Mitgliedsbeitrag für das folgende Jahr zu entrichten. Die Mitgliedschaft endet dann zum 31. Dezember des Folgejahres.

Gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) teilen wir mit, dass die im Antrag aufgeführten Angaben auf Datenträger gespeichert und zu vereinsinternen Zwecken genutzt werden. Mit der Unterschrift wird das Einverständnis hierzu gegeben. Die DCG ist ein Verein, kein Verlag. Laut ihrer Satzung ist die DCG nicht auf geschäftlichen Gewinn ausgerichtet und alle Ämter werden ehrenamtlich wahrgenommen.

Beiträge und sonstige vom Verein zu erhebende Gebühren sollen vom umseitig genannten Konto abgebucht werden.

|                        |                                      |  |
|------------------------|--------------------------------------|--|
| _____<br>Ort und Datum | _____ <b>X</b> _____<br>Unterschrift | _____ <b>X</b> _____<br>Unterschrift des Erziehungsbere. |
|------------------------|--------------------------------------|--|



# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Zahlungsempfänger                | Deutsche Cichliden-Gesellschaft e. V., Heckenweg 18, D 32049 Herford |
| Gläubiger-Identifikationsnummer: | DE 49 ZZZ 000000 17420   |
| Zahlungsart:                     | Wiederkehrende Zahlung   |

## Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

|  |   |
|--|---|
|  | (Als Mandatsreferenz werden die letzten 4 Stellen Ihrer DCG-Mitglieds-Nr. verwendet.) |
|--|---|

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) die Deutsche Cichliden-Gesellschaft e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Cichliden-Gesellschaft e. V. 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.

## Daten des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

|                    |  |                 |  |
|--------------------|--|-----------------|--|
| Name, Vorname*:    |  | Name der Bank*: |  |
| Straße, Haus-Nr.*: |  | Ort der Bank*:  |  |
| PLZ, Wohnort*:     |  |                 |  |

|                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ihre IBAN-Nummer*: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

|                        |   |
|------------------------|---|
| .....<br>Ort und Datum | .....<br>Unterschrift (en) des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) |
|------------------------|---|

**X**