

An die

 Arbeitsgemeinschaft Dokumentarfilm e.V.

 Schweizer Strasse 6

 60594 Frankfurt/Main

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ja, ich möchte der Arbeitsgemeinschaft Dokumentarfilm beitreten und bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag und einmalig die Aufnahmegebühr von € 50,- (€ 25,- für Studenten) meinem Konto belastet wird.

Konto-Inhaber:	Name der Bank:
Konto-Nr.:	BLZ:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Einzugsermächtigung erlischt automatisch mit meinem Austritt aus der Arbeitsgemeinschaft Dokumentarfilm und kann außerdem ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Der Beitritt verpflichtet mich zur Zahlung eines jährlichen Mitgliedsbeitrages von € 240,- und bei Vorlage einer Studienbescheinigung € 120,- für Studenten. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Ende des jeweils laufenden Halbjahres möglich.

Ich wünsche folgende Zahlungsweise

jährlich € 240,- € 120,- für Studenten | halbjährlich € 120,- € 60,- für Studenten

Name und genaue Anschrift

Name		Geburtsdatum	
Strasse		PLZ / Wohnort:	
Telefon	Telefax	e-Mail	URL

Ort / Datum: X

Unterschrift: X