

Aufnahmeantrag Persönliche Mitgliedschaft

(per Post oder FAX 030 / 308 831 805)

Deutscher Fundraising Verband e.V.
Brüderstraße 13, 10178 Berlin

DEUTSCHER
FUNDRAISING
VERBAND

Ja, ich möchte Mitglied im Deutschen Fundraising Verband e.V. werden:

Name	Vorname
Straße	Geburtsdatum
Ort	PLZ
E-Mail	Telefon

Berufliches

Firma Organisation	Funktion
Straße	PLZ
Ort	Telefon
E-Mail	Telefax

Post- und Rechnungsanschrift für Mitteilungen bitte an: privat dienstlich

Mitgliedsbeiträge

Der Jahresbeitrag beträgt z.Z. € 180; für Studierende der Fundraising Akademie und anderer Einrichtungen z.Z. € 85.

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

- Mitgliedsbeitrag € 180
 Mitgliedsbeitrag Studierende € 85

Zahlweise: Rechnung Lastschrift* **Eintritt:** sofort zum nächsten Ersten

* Bitte ziehen Sie den Beitrag anteilig für dieses Jahr und dann bis auf Widerruf jeweils in voller Höhe zum Jahresbeginn ein:

Bitte füllen Sie hierzu das Formular „SEPA-Lastschriftmandat“ aus.

Ich möchte folgender Regionalgruppe bevorzugt zugeordnet werden: (Bitte wählen Sie nur eine Regionalgruppe.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berlin | <input type="checkbox"/> Bielefeld/Ostwestfalen | <input type="checkbox"/> Bonn/Köln |
| <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Dresden/Leipzig | <input type="checkbox"/> Freiburg |
| <input type="checkbox"/> Hamburg | <input type="checkbox"/> Hannover | <input type="checkbox"/> Kassel |
| <input type="checkbox"/> Kiel | <input type="checkbox"/> Mitteldeutschland | <input type="checkbox"/> München |
| <input type="checkbox"/> Münster | <input type="checkbox"/> Nürnberg | <input type="checkbox"/> Östliches Ruhrgebiet |
| <input type="checkbox"/> Potsdam/Land Brandenburg | <input type="checkbox"/> Rhein-Main | <input type="checkbox"/> Rhein-Ruhr |
| <input type="checkbox"/> Stuttgart | <input type="checkbox"/> Würzburg | |

Bitte senden Sie mir zusätzlich Informationen zu folgenden Regionalgruppen:

Bitte informieren Sie mich zukünftig über Aktivitäten der Fachgruppe(n):

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bildung | <input type="checkbox"/> Gesundheitswesen | <input type="checkbox"/> Frauen |
| <input type="checkbox"/> Kirche | <input type="checkbox"/> Kultur | <input type="checkbox"/> Politik |
| <input type="checkbox"/> Digitales Fundraising | <input type="checkbox"/> Stiftungen | |

Selbstverpflichtung

Wir haben die Satzung und Beitragsordnung sowie die 19 Grundregeln für eine gute, ethische Fundraisingpraxis und die Charta der Spenderrechte gelesen und erkennen diese an. <http://www.fundraisingverband.de/verband/ethische-grundsätze/ethikregeln.html>

Hiermit nehmen wir zur Kenntnis, dass unsere persönlichen Daten ausschließlich für Verbandszwecke elektronisch erfasst und – gegebenenfalls durch Beauftragte des DFRV – auch zu verbandsbezogenen Informations- und Werbezwecken verarbeitet und genutzt werden. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt. Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr, sofern wir nicht bis spätestens 3 Monate vor Jahresende (bis 30.09.d.J.) schriftlich kündigen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragssteller
------------	-----------------------------

SEPA-Lastschriftmandat

(per Post oder FAX 030 / 308 831 805)

Deutscher Fundraising Verband e.V.
Brüderstraße 13, 10178 Berlin

DEUTSCHER
FUNDRAISING
VERBAND

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 47 ZZZ 000 000 217 24

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Deutschen Fundraising Verband e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Fundraising Verband 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.

Name und Vorname (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Ort	PLZ
Kreditinstitut Name	BIC (8 oder 11 Stellen)
IBAN	
DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bei abweichendem Konto-Inhaber bitte nachfolgend Name des Mitglieds (und sofern bereits vorhanden die Mitgliedsnummer) angeben.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaftsvereinbarung mit:

Vorname und Name

Mitgliedsnummer