

**von Arnim'scher Familienverband e.V.**  
**Antrag auf Mitgliedschaft**



Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Haus: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Weitere Adressdaten: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im von Arnim'schen Familienverband e.V..

1. gemäß § 3 Abs. 1 der Satzung (**Ordentliche Mitgliedschaft**)

- Erwachsener (35 Euro p.a.)
- Ehepaar (45 Euro p.a.)
- Schüler, Studenten bis 27 Jahre (20 Euro p.a.)

2. gemäß § 3a Abs. 1 der Satzung (**Außerordentliche Mitgliedschaft**)

- Einzelperson, erwachsen (35 Euro p.a.)
- Ehepaar (45 Euro p.a.)
- Schüler, Studenten bis 27 Jahre (20 Euro p.a.)

Für Spenden und freiwillig höhere Jahresbeiträge ist der Familienverband dankbar.

Die Satzung des Familienverbandes erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Sollte sich meine Adresse oder Kontoverbindung ändern, werde ich diese Angaben dem Familienverband schnellstmöglich mitteilen, um dadurch Fehlleitungen und unnötige Kosten zu vermeiden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Familienverband meine Daten in der familieninternen Adressliste führt, die zur Kontaktaufnahme innerhalb der Familie verwendet werden darf.

Den Antrag bitte an den Vorstand des von Arnim'schen Familienverbandessenden:  
per E-Mail an: familienverband@vonarnim.com  
Max von Arnim

Zur Entrichtung meines Jahresbeitrages erteile ich dem von Arnim'schen Familienverband e. V., vertreten durch die Kassenführung, hiermit ein Lastschriftmandat auf beigefügtem Formular.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Bankverbindung von Arnim'scher Familienverband e.V.:

Deutsche Bank Hamburg

IBAN: DE64 2007 0024 0010 6120 01

BIC: DEUTDEDBHAM

**von Arnim'scher Familienverband e. V.**  
**SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE25ZZZ00000995709

**Mandatsreferenz = persönliche Registriernummer:**

\_\_\_\_\_

(wird ggf. vom Familienverband nachgetragen)

Ich ermächtige den Kassenverwalter des von Arnim'schen Familienverbandes, die aus meiner Mitgliedschaft / die aus der Mitgliedschaft von:

\_\_\_\_\_

fälligen Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom von Arnim'schen Familienverband von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Haus: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Ort

\_\_\_\_\_

Unterschrift