Jeg/vi ønsker at blive medlem(mer) af Sydslesvigsk Forening (SSF)
Ich/wir möchte(n) Mitglied(er) des SSF werden

Navn/Name: _____

Adresse: _____

Postnr. By/PLZ, Ort: _____

Fødselsdag/Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Email: _____

Flere medlemmer i samme husstand (navn, fødselsdag):
Weitere Mitglieder des Haushalts (Name, Geburtsdatum):

_____

_____

_____

☐ Husstandskontingent/Familienbeitrag, 37 € år/Jahr
☐ Enkeltmedlemskab/Einzelmitgliedschaft, 24 € år/Jahr
☐ Ungdomskontingent/Jugendbeitrag (unge indtil 27 år under uddannelse med egen bopæl), 5 € år/Jahr

Jeg giver SSF bemyndigelse til at videregive min adresse til andre organisationer indenfor det danske mindretal. Mine data vil blive gemt elektronisk til foreningens formål i henhold til "Bundesdatenschutzgesetz".

Ich erlaube dem SSF, meine Adresse an andere Organisationen der dänischen Minderheit weiterzugeben. Meine Daten werden entsprechend der Zwecke des Vereins gem. Bundesdatenschutzgesetz elektronisch gespeichert.

_____

Dato, underskrift / Datum und Unterschrift

Debitering/*Lastschrift*

SEPA-debiteringsmandat: Jeg giver SSF tilladelse til at hæve medlemsbidraget fra min konto. Jeg giver min bank besked om, at SSF må hæve bidraget.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den SSF, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SSF auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Kontoindehaver/Kontoinhaber(in): _____

IBAN _____

BIC _____

_____

Dato, underskrift / Datum und Unterschrift