

**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, 40 € år/Jahr
- Enkeltmedlemskab/Einzelmitgliedschaft, 27 € 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. der Datenschutzgrundverordnung 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