



# Deutsch-Griechische Gesellschaft Krefeld e.V.



## Aufnahme-Antrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme in die Deutsch-Griechische Gesellschaft Krefeld e.V.

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße.....

PLZ.....Wohnort.....

Telefon.....

e-Mailadresse.....

Der Jahres-Mitgliedsbeitrag beträgt:

25 € für Ehepaare/Paare, 15 € für Einzelpersonen und 10 € für Schüler/Studenten

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Deutsch-Griechische Gesellschaft Krefeld e.V. widerruflich den Mitgliedsbeitrag jährlich durch Lastschrift von meinem Konto abzubuchen.

**Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer : DE 95ZZZ00000 620902**

Bank-Institut.....

IBAN.....

BIC.....

Datum.....Ort.....

Unterschrift des Kontoinhabers/Mitglieds.....

