

An die  
 Arbeitsgemeinschaft Dokumentarfilm e.V.  
 Schweizer Straße 6  
 60594 Frankfurt/Main

## BEITRITTSERKLÄRUNG

- Ja, ich möchte der Arbeitsgemeinschaft Dokumentarfilm beitreten und bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abgebucht wird.

### Name und Anschrift

Name:		Geburtsdatum:	
Straße:		PLZ / Wohnort:	
Telefon:	Telefax:	E-Mail:	Internetadresse:

Die Mitgliedschaft verpflichtet mich zur Zahlung eines Mitgliedsbeitrags von	Jahresbeitrag
<input type="checkbox"/> 27,50 € pro Monat regulär	330 €
<input type="checkbox"/> 22 € pro Monat bei einem zu versteuernden Jahreseinkommen von unter 10.000€	264 €
<input type="checkbox"/> 16 € pro Monat bei einem zu versteuernden Jahreseinkommen von unter 4.000€	192 €
<input type="checkbox"/> 8 € pro Monat für Studierende und Mitglieder anderer berufsbezogener Ausbildungen – gilt auch noch im ersten Jahr nach Abschluss der Ausbildung oder des Studiums (bei Vorlage einer Ausbildungsbescheinigung)	96 €

### Ich wünsche folgende Zahlungsweise

- halbjährlich     jährlich

### Kontoverbindung

Konto-Inhaber:	Name der Bank:
IBAN:	BIC:

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: Arbeitsgemeinschaft Dokumentarfilm e.V./ AG DOK, Schweizer Str. 6, 60594 Frankfurt am Main  
 Gläubiger-Identifikationsnummer der AG DOK: DE24ZZZ00001486935  
 Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer (die wir Ihnen auf der ersten Beitragsabrechnung mitteilen)

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige hiermit den AG DOK e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
 Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Das SEPA-Lastschriftmandat erlischt automatisch mit meinem Austritt aus der Arbeitsgemeinschaft Dokumentarfilm und kann außerdem ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ort / Datum:

Unterschrift