

# BEITRITTSFORMULAR / APPLICATION FORM

Ihre Mitgliedschaft im DAZ bezieht sich immer auf ein Kalenderjahr und verlängert sich automatisch, wenn nicht bis spätestens drei Monate vor Jahresende schriftlich gekündigt wird.

Your DAZ membership is yearly and will be automatically renewed unless you cancel in writing at least three months before the end of the year.

Firmenname/Company	
Nachname/Last Name	Vorname/First Name
Straße und Hausnummer/Street Address	PLZ/ZIP Code      Ort/City
Geburtsdatum/Date of Birth	
Telefon/Phone/Fax	E-Mail
Datum/Date	Unterschrift/Signature

Bitte schicken Sie mir/uns den wöchentlichen DAZ-Newsletter per E-Mail zu. Please send me/us the weekly DAZ newsletter via e-mail.

### Mitgliedsbeiträge (pro Kalenderjahr)/Membership Fees (per year)

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> SchülerInnen, Studierende/Students  | 15 €  |
| <input type="checkbox"/> Einzelpersonen/Individuals  | 50 €  |
| <input type="checkbox"/> Familien/Families<br>(Paare oder Einzelpersonen mit Kindern bis zum 18. Lebensjahr bzw. Ende der Ausbildung/<br>Couples or individuals with children until the age of 18 or through the end of their education) | 70 €  |
| <input type="checkbox"/> Firmen, Vereine, Verbände/Corporate Membership  | 175 € |
| <input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft (Betrag Ihrer Wahl ab 250 €)/<br>Supporting Membership (amount of your choice over 250 €)  | ___ € |

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat aus, damit Ihre Mitgliedschaft vollständig ist.

Please fill out the SEPA- mandate form so your application is complete.

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT / SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Deutsch-Amerikanisches Zentrum/James-F.-Byrnes-Institut e.V., Charlottenplatz 17, 70173 Stuttgart  
Gläubiger-Identifikationsnummer/Creditor identifier: DE25 DAZ0 0000 1039 88  
Mandatsreferenz/Mandate reference:

(wird vom DAZ ausgefüllt/to be completed by the DAZ)

Ich ermächtige das Deutsch-Amerikanische Zentrum, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutsch-Amerikanischen Zentrum auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: 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.

By signing this mandate form, you authorize the DAZ to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the DAZ. Please note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight (8) weeks starting from the date on which your account was debited.

Vor- und Nachname KontoninhaberIn/Name of debtor

Postanschrift (nur falls abweichend von oben genannter Adresse)/Address of debtor (only if different from address above)

Name des Kreditinstituts/Name of bank

BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_      IBAN: DE\_ \_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Ort und Datum/Location and Date      Unterschrift KontoinhaberIn/Signature of bank account holder