



**Deutsch-Polnische
Gesellschaft Berlin e. V.**

**Towarzystwo Niemiecko-
Polskie w Berlinie**

Wenn Sie unsere Arbeit schätzen und unterstützen wollen, laden wir Sie ein, als Mitglied der Deutsch-Polnischen Gesellschaft Berlin e. V. beizutreten. Füllen Sie dazu bitte die ausgedruckte und unterschriebene Beitrittserklärung aus, und senden Sie diese an die

Deutsch-Polnische Gesellschaft Berlin e. V.
Schillerstr. 59
10627 Berlin

Digital unterschriebene Beitrittserklärungen
senden Sie bitte an info@dpgberlin.de

Seit 50 Jahren bemühen wir uns, den Bürgern in Berlin und seiner näheren Umgebung das Nachbarland Polen mit seinen Menschen, seiner Geschichte und seiner Kultur näher zu bringen.

Website www.dpgberlin.de
E-Mail info@dpgberlin.de
Telefon: +49 30 713 89 213
Fax: +49 30 713 89 201

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur /
Hiermit erklären wir unseren Beitritt zur
Deutsch-Polnischen Gesellschaft Berlin e. V.



.....
Vor- und Zuname(n) bzw. Firma

.....
geboren am

.....
Straße / Nr.

.....
PLZ / Ort

.....
Beruf

.....
Telefon/Fax/Mobil

.....
E-Mail

Mitgliedsbeitrag: Einzelmitglied 75 € • Ehepaar/Lebenspartnerschaft 120 € • ermäßigt Schüler/in, Student/in 35 € (**Dialog-Abo** im Beitrag enthalten)

Ich (wir) verpflichte(n) mich (uns) zu einem Jahresbeitrag von:

.....
Jahresbeitrag in €

.....
Eintrittsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)

SEPA Lastschrift-Mandat



Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die **Deutsch-Polnische Gesellschaft Berlin e. V.** (DPG Berlin), Schillerstr. 59, 10627 Berlin (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ000001409390) dazu, jährlich wiederkehrende Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der DPG Berlin auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

.....
Kontoinhaberin / Kontoinhaber

.....
Straße / Nr. der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

.....
PLZ / Ort der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

.....
Jährliche Zahlung: Mitgliedsbeitrag in €

.....
IBAN

.....
BIC (*nur, falls außerhalb des europäischen Zahlungsraums*)

100- -dpgb
.....
Mandatsreferenz (*füllen wir aus und teilen wir Ihnen mit!*)

Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meiner (unserer) Bank vereinbarten Bedingungen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)