



DEUTSCH-ISRAELISCHE GESELLSCHAFT E.V.

## Beitrittsformular

**Ich / Wir möchte/n Mitglied der Deutsch-Israelischen Gesellschaft e.V. werden**

### Antragsteller\*in

Anrede:  
Titel:  
Name:  
Vorname:  
Straße:  
PLZ, Ort:  
Geburtsdatum:  
Telefon:  
E-Mail:

### Partner\*in

Anrede:  
Titel:  
Name:  
Vorname:  
Straße:  
PLZ, Ort:  
Geburtsdatum:  
Telefon:  
E-Mail:

### Jahresbeiträge ab 01. Januar 2020

Einzelmitglied 72 €

Ermäßigt 36 €

Korporative Mitgliedschaft  
min. 120 € bis 600 €

Ehepartner / eingetr. Partnerschaft 108 €

Ich/Wir möchte/n folgender Arbeitsgemeinschaft angehören:

### Für Beitretende bis zum 35. Lebensjahr:

Alle Mitglieder der Gesellschaft, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zugleich und ohne Mehrkosten Mitglieder des Jungen Forums, es sei denn, dies wird schriftlich abgelehnt.

Ich stimme der Mitgliedschaft nicht zu

Mit der Unterzeichnung erkenne/n ich/wir die [Satzung](#) und die [Beitragsordnung](#) der Deutsch-Israelischen Gesellschaft e.V. an und bin/sind mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten durch die Deutsch-Israelische Gesellschaft e.V. einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich durch mich/uns unter [info@digev.de](mailto:info@digev.de) oder Fax: +49 (0) 30 80 90 70 31 oder per Post an Deutsch-Israelische Gesellschaft e.V., Littenstraße 105, D-10179 Berlin widerrufen werden.

Ich erkläre

dass ich **keiner** vom Verfassungsschutz als Verdachtsfall oder Beobachtungsobjekt eingestuft Organisation oder einer ihrer Vorfeld- oder Unterorganisationen angehöre.

dass ich **folgender** vom Verfassungsschutz als Verdachtsfall oder Beobachtungsobjekt eingestuft Organisation oder einer ihrer Vorfeld- oder Unterorganisationen angehöre:

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift Partner

### Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Deutsch-Israelische Gesellschaft e.V. meine o.g. Beitrag in von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die eingezogene 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum, Unterschrift: