



**AUFNAHMEANTRAG als EINZELMITGLIED im DFV e.V.**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Handy \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**bisherige Mitglieds-Nr.**  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJJ)

Lizenz-Nr. \_\_\_\_\_  
(wenn vorhanden)

ausgestellt von  DFV  
 DAeC

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Fallschirmsportverband e.V. als  
EINZELMITGLIED.

Ich habe meinen Wohnsitz in folgendem Bundesland \_\_\_\_\_.

Die Einzelmitgliedschaft beginnt im Laufe des 1. Quartals  75,00 Euro  
01.04. – 30.06.  56,25 Euro  
01.07. – 30.09.  37,50 Euro  
01.10. – 31.12.  18,75 Euro

**ab 2025**

**ab 2025**

**zzgl. bisher bestehender Versicherung/en!!!**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Ich ermächtige den Deutschen Fallschirmsportverband e.V. die jährlich fälligen Mitgliedsbeiträge vom Konto

IBAN: \_\_\_\_\_ bei (Bankinstitut): \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ einzuziehen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_