

Mitgliedsantrag / Membership Form

Ich / Wir beantragen hiermit die Aufnahme als Mitglied in das Indien-Institut e.V.

I hereby apply for membership to the Indien Institut e.V.

Name: _____

Adresse: Street / City / PLZ: _____

E-Mail-ID / Mobile Nr.: _____

Art der Mitgliedschaft / Type of Membership: (bitte ankreuzen/please Tick one option)

- | | |
|---|-------|
| <input type="radio"/> Studenten / Student member (Please provide copy of your ID) | 30 € |
| <input type="radio"/> Einzelmitgliedschaft / Normal Member (1 Person) | 50 € |
| <input type="radio"/> Doppelmitgliedschaft / Partner Membership (1 Person + Partner) | 60 € |
| <input type="radio"/> Familienmitgliedschaft / Family Membership (2 Erwachsene, und 2 Kinder) | 70 € |
| <input type="radio"/> Sponsormitgliedschaft / Sponsor member | 100 € |

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Indien Institut e.V. jederzeit widerruflich die zu leistenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem folgenden Konto abzubuchen:

I hereby confirm that Indien Institut e.V. is revocably allowed to withdraw due membership payments from the following bank account:

Einzugsermächtigung:

Name of the Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____