

Mitgliedsantrag / Membership Form / 2025

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)

- | | |
|---|-------|
| ☐ Studentenmitgliedschaft / Student Membership (Please provide copy of your ID) | 30 € |
| ☐ Einzelmitgliedschaft / Normal Membership (1 Person) | 60 € |
| ☐ Doppelmitgliedschaft / Partner Membership (1 Person + Partner) | 70 € |
| ☐ Familienmitgliedschaft / Family Membership (2 Erwachsene und 2 Kinder) | 80 € |
| ☐ Sponsormitgliedschaft / Sponsor Membership | 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/Place/Datum: _____ Unterschrift/Signature: _____