



An
DCCV e.V. - Bundesgeschäftsstelle
Inselstraße 1
10179 Berlin

Antrag auf Ermäßigung des Mitgliedsbeitrags / Ratenzahlung des Mitgliedsbeitrags

Name, Vorname des Mitglieds: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnummer (wenn bekannt): _____

1. Beitragsermäßigung

- Wegen meiner gegenwärtigen finanziellen Lage bitte ich gemäß der gültigen Satzung der DCCV e.V. für das Beitragsjahr 20 um die Gewährung
- des **ermäßigten Mitgliedsbeitrags** i.H.v. 32,- Euro / Jahr (incl. DCCV-Rechtschutz)
 - des **Mindestbeitrags** i.H.v. 12,- Euro / Jahr (incl. DCCV-Rechtschutz)

Einen **Nachweis über mein derzeitiges monatliches Haushaltseinkommen** lege ich bei. Ich versichere, dass es sich um das gesamte Haushaltseinkommen handelt. Die Zahl der im Haushalt lebenden Personen beträgt **mit mir insgesamt** _____.

- Bei meinen derzeitigen Einkünften handelt es sich um eine Alters- bzw. eine endgültige Erwerbsunfähigkeitsrente. Daher sind keine entscheidenden Veränderungen in den kommenden Jahren zu erwarten. **Ich bitte daher um Beitragsermäßigung auch für die Folgejahre.**

Aufgrund der Angaben in Ihren Unterlagen werden wir Ihnen den von Ihnen zu zahlenden Mitgliedsbeitrag (60 EURO, 32 EURO bzw. 12 EURO) schriftlich mitteilen.

2. Ratenzahlung des Beitrags

Ich möchte den Mitgliedsbeitrag **ab dem Beitragsjahr 20** wie folgt zahlen:

- Jährlich (1x / 60 EURO, 32 EURO bzw. 12 EURO)
- Halbjährlich (2x / 30 EURO, 16 EURO bzw. 6 EURO)



- Vierteljährlich (4x / 15 EURO, 8 EURO bzw. 3 EURO)
- Monatlich (12x / 5 EURO, 2,67 EURO bzw. 1 EURO)

3. Zahlungsweg

- Ich habe der DCCV e.V. für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags eine Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) erteilt.
- Ich erteile der DCCV e.V. hiermit eine **Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)**:

Ich ermächtige die DCCV, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DCCV auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. (Die monatliche Zahlung des Mindestbeitrags ist nur per bzw. Dauerauftrag möglich.)

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.

Name der Bank/Sparkasse: _____

BIC: _____

IBAN: DE__ - - - - -

Kontoinhaber: _____

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die DCCV über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

- Ich werde den Mitgliedsbeitrag in der von der DCCV mitgeteilten Höhe auf das Konto der DCCV e.V. bei der Sparkasse Leverkusen, IBAN: DE34 3755 1440 0115 0070 07, BIC: WELADEDLLEV überweisen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____ (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)