



Amerikanische Griechische Pädagogische Progressive Vereinigung (AHEPA)

### MITGLIEDSFÖRMULAR AKTUALISIEREN

Kapitel Nr.: \_\_\_\_\_ Bezirk Nr.: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Präfix (Herr/Frau/) \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Bevorzugter Name \_\_\_\_\_

#### **Aktuelle Informationen**

Adresse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Festnetztelefon \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

#### **Aktualisierte Informationen**

Änderungen:  Kapitel Nr.#  Distrikt Nr.# \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_ Bundesstaat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Festnetztelefon \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

|                                 |   |   |                      |
|---------------------------------|---|---|----------------------|
| Bevorzugte Kontaktmethode       | <input type="checkbox"/> Festnetztelefon        | Geburtsdatum _____                                  |                      |
|                                 | <input type="checkbox"/> Telefon (geschäftlich) | Nationalität _____                                  |                      |
|                                 | <input type="checkbox"/> Mobile                 | Ausweis-/Passnummer _____                           | Verfallsdatum: _____ |
| <input type="checkbox"/> E-Mail |   | Mitgliedsstatus <input type="checkbox"/> Verstorben | Todesdatum _____     |

### **Zahlungsdetails für die Mitgliedschaft**

Ich bin mit der automatischen Abbuchung der Mitgliedsbeiträge von dem unten angegebenen Bankkonto einverstanden.

**Name des Kontoinhabers:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC (optional):** \_\_\_\_\_

**Name der Bank:** \_\_\_\_\_

**Zahlungsrhythmus:**

Jährlich  Halbjährlich  Vierteljährlich  Monatlich

**Auszahlungsdatum (z. B. 1. jedes Monats):** \_\_\_\_\_

Ich ermächtige AHEPA, den Mitgliedsbeitrag wie oben angegeben von meinem Bankkonto abzubuchen.

Ich habe die Datenschutzhinweise von AHEPA EU gelesen, verstanden und stimme ihnen zu.

|               |
|---------------|
| Unterschrift: |
| Datum:        |