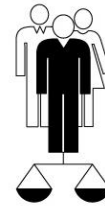


Deutsche Vereinigung
der Schöffinnen und Schöffen
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
www.schoeffen-nrw.de



AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen, Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.

Die Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge. Der Mindestbeitrag beträgt € 45,00 und ist zu Beginn eines jeden Jahres unbar im Voraus zu entrichten. Im Mitgliedsbeitrag ist der Bezug der Zeitschrift „Richter ohne Robe“ (RohR) enthalten.

Ich beantrage die Aufnahme ab dem Jahr **2017**

und zahle einen Jahresbeitrag von €00

Name
Vorname
Geburtsdatum (Angabe freiwillig).
Straße
Postleitzahl/Ort /
Telefon Festnetz / ggf. Telefax:
Telefon Mobil
E-Mail @

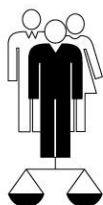
Ich bin: Jugendschöffin/-schöffe Erwachsenenschöffin/-schöffe
Ehrenamtliche(r) Richter(in)
bei folgendem Gericht: in:
Interessierter Bürger

Mir ist bekannt, dass die Deutsche Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen – Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. meine o.g. Daten ausschließlich zu Vereinszwecken speichert und sie außerhalb von Vereinszwecken nicht an Dritte weitergibt. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort/Datum den Unterschrift

Bitte unterschrieben senden an:

Deutsche Vereinigung
der Schöffinnen und Schöffen
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
Brigitte Frieben-Safar, KassiererIn
Deutschherrenstr. 87a
53177 Bonn



Deutsche Vereinigung
der Schöffinnen und Schöffen
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
www.schoeffen-nrw.de



Deutsche Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen (DVS) – Landesverband NRW e.V.
Krahkampweg 82, 40223 Düsseldorf
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE45ZZZ00000210522**

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen – LV NRW e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen – LV NRW e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE_ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift