



**ARBEITSGEMEINSCHAFT
OSMANISCHES REICH/TÜRKEI e. V. (AROS)**
STUDY CIRCLE OTTOMAN EMPIRE/TURKEY
IM BUND DEUTSCHER PHILATELISTEN e. V.

Antrag auf Mitgliedschaft / Application for Membership

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Osmanisches Reich/Türkei e. V. (AROS). Mit meiner Unterschrift erkenne ich gleichzeitig die geltende Satzung an.

I hereby apply to become a member of AROS. I accept the society's statutes with my signature.

| | | |
|---|-----------------------------------|----------------------|
| Name / Name | <input type="text"/> | |
| Adresse / Address | <input type="text"/> | |
| | <input type="text"/> | |
| Land / Country | <input type="text"/> | |
| Telefon / Phone – Geb. / Date of birth | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-Mail / E-mail | <input type="text"/> | |
| BDPh-Mitglied? (Mitgliedsnummer angeben) <i>Membership of a FIP organisation?</i> (Nachweis notwendig / <i>Proof needed</i>) | <input type="checkbox"/> ja / yes | <input type="text"/> |
| Datum und Unterschrift / <i>Date and signature</i> | <input type="text"/> | |

Jahresbeitrag / Annual Subscription

Die Höhe des Jahresbeitrags richtet sich nach den Angaben in unserem Internetauftritt:
The amount of your annual subscription is set according to details found on our website:

<http://www.arosturk.org/Broschuere.pdf>

Die Beiträge sind jeweils bis zum 30. November für das folgende Kalenderjahr zu zahlen; Sie können uns aber auch eine Einzugsermächtigung (nur für eine deutsches Konto) erteilen.

Please pay your subscription fee not later than 30th November for the following calendar year. Direct debit is only available from a German bank account.

Konto / Account: Arbeitsgemeinschaft Osmanisches Reich/Türkei e. V. c/o Jens Warnecke
IBAN: DE16 5405 0220 0000 9913 72 – BIC: MALA DE 51 KLK

Bitte geben Sie alle Ihre Sammelgebiete auf der Rückseite des Antrages an und füllen Sie ggfs. die Einzugsermächtigung aus. Senden Sie die Originale bitte an:

Please note all areas and topics you collect on the back of this application form, fill in the direct debit (if applicable) and send the original forms to:

Tobias Zywietz, Hauptstr. 10, 75245 Neulingen, Germany – zobel@zobel.de

Sammelgebiete / Areas of Collecting:

1.

| |
|--|
| |
|--|

2.

| |
|--|
| |
|--|

3.

| |
|--|
| |
|--|

4.

| |
|--|
| |
|--|

5.

| |
|--|
| |
|--|

6.

| |
|--|
| |
|--|

Notizen

Notes

| |
|--|
| |
|--|

Bitte auch Sammelgebiete angeben, die außerhalb der Zuständigkeit der AROS liegen!
Please include also areas of collecting that are not part of the reference of AROS!

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Gläubiger-Identifikationsnummer
Creditor identifier **DE96ZZZ00001130619**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / *Mandate reference (to be completed by the creditor (*)*

Name des Zahlungsempfängers
Creditor name **Arbeitsgemeinschaft Osmanisches Reich/Türkei e. V.
c/o Jens Warnecke**

Anschrift des Zahlungsempfängers
Creditor address **Buchberg 4, 67661 Kaiserslautern,
Deutschland/Germany**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Arbeitsgemeinschaft Osmanisches Reich/Türkei e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Arbeitsgemeinschaft Osmanisches Reich/Türkei e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

By signing this mandate form, you authorise the creditor Arbeitsgemeinschaft Osmanisches Reich/Türkei e. V. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor Arbeitsgemeinschaft Osmanisches Reich/Türkei e. V. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / *Type of payment* **Wiederkehrende Zahlung / *Recurrent payment***

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / *Debtor name and address*

Name des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber) / *Debtor name*

Straße und Hausnummer
Street name and number

Postleitzahl und Ort
Postal code and city

Land
Country

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)
IBAN of the debtor (max. 35 characters)

BIC (8 oder 11 Stellen)
BIC (8 or 11 characters)

Datum und Ort
Date and location

Unterschrift
Signature

*) Ihre zukünftige Mitgliedsnummer / *Your future membership number.*

Hinweis: Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und als Original einsenden an:

Please fill in all the fields, sign, and send the original form to:

Tobias Zywiets, Hauptstr. 10, 75245 Neulingen, Germany – zobbel@zobbel.de