



Avrupalı Sinoplular Kültür ve Sosyal Yardımlaşma Derneği

Europäischer Sinop & Regionen Kultur- und sozialer Hilfeverein e.V.
European Sinop & Regions Cultural and Social Solidarity Union

Tempelhofer Weg 12 · 12347 Berlin
Tel.: + 4930/ 62 98 66 26 · Fax: +4930/ 62 98 66 27
e-mail: info@asider.de · Internet: www.asider.de



ÜYE KAYIT SÖZLEŞMESİ AUFNAHMEANTRAG FÜR DEN VEREIN

Avrupalı Sinoplular Kültür ve Sosyal Yardımlaşma Derneği · Europäischer Sinop & Regionen Kultur- und sozialer Hilfeverein e.V.

<input type="checkbox"/> BAY / HERR	ADI / NAME	SOYADI / FAMILIENNAME	
<input type="checkbox"/> BAYAN / FRAU			
ADRES / ADRESSE			
POSTA KODU / PLZ	YER / ORT	Semt / Bezirk	
	Şehir / Stadt		
TEL./ FUNK NR.	FAX. NR.	E-MAIL	
D. TARİHİ / GEBURTSDATUM	D. YERİ / GEBURTSORT	MEMLEKET	Köy
		İLÇE	

„Avrupalı Sinoplular Kültür ve Sosyal Yardımlaşma Derneği“nin tüzüğünü okudum.
Bu derneğe üye olmayı kabul ediyorum.

Ich habe die Satzung des Europäischen Sinop & Regionen Kultur- und sozialer Hilfeverein e.V. gelesen.
Ich beantrage die Mitgliedschaft in diesen Verein.

AYLIK ÜYELİK AİDATI / DER MONATLICHE MITGLIEDSBEITRAG BETRÄGT:

.....€ · YAZIYLA / IN WORTEN.....

Lütfen aylık üyelik aidatınızı kendiniz belirleyiniz. Tüzüğümüzün 5.2 maddesine göre aylık aidat en az 5,-
Jedes Mitglied hat die Möglichkeit, die Beitragshöhe selbst zu wählen. / Nach § 5.2 beträgt der Mindestbetrag 5,-

YER / ORT	TARİH / DATUM	İMZA / UNTERSCHRIFT
-----------	---------------	---------------------

ÖDEME ŞEKLİ / GEWÜNSCHTE ZAHLUNGSWEISE:	<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung	<input type="checkbox"/> Dauerauftrag
	(Lütfen aşağıdaki uygun bölümü doldurunuz)	(Lütfen ekteki formu doldurunuz)

ÖDEME / ZAHLUNGSART:	<input type="checkbox"/> yıllık / jährl.	<input type="checkbox"/> 6 ayl. / halbjährl.	<input type="checkbox"/> 3 ayl. / vrtl. jährl.
----------------------	--	--	--

EINZUGSERMÄCHTIGUNG:	<input type="checkbox"/> evet / ja	<input type="checkbox"/> hayır / nein
----------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Lütfen üyelik aidatımı aşağıdaki hesabımdan çekiniz.
Ich ermächtige hiermit den o.g. Verein widerruflich, fällige Mitgliedsbeiträge von folgendem Konto einzuziehen.

HESAP SAHİBİ / KONTOINHABER	
BANKANIN ADI / GELDINSTITUT	
HESAP NO / KONTONUMMER	
BANKA KODU / BANKLEITZAHL	

YER / ORT	TARİH / DATUM	İMZA / UNTERSCHRIFT
-----------	---------------	---------------------