

Antwort per Fax Nr.: 069-695002-21
oder auf dem Postweg

Informieren Sie uns bitte über:

- Motorsport-Terminkalender
- Schutzbrief
- Reiserouten
- Motorsport-Reisen
- Auslandskrankenschutz
- DMV-Leistungen

An den DMV
Deutscher Motorsport Verband
Otto-Fleck-Schneise 12

60528 Frankfurt/Main

Antrag auf Familienmitgliedschaft für € 68,- pro Jahr (ohne Ortsclub-Beitrag)

Familienname	Straße-Nr.	PLZ-Ort
--------------	------------	---------

Telefon	Fax	E-mail
---------	-----	--------

Wir nehmen das Angebot einer Familienmitgliedschaft mit den Leistungen des DMV und der MSJ sowie dem umfangreichen Versicherungsschutz an. Die Mitgliedschaft gilt immer bis zum 31.12. eines Jahres und verlängert sich automatisch um jeweils 1 Jahr, wenn keine Kündigung bis zum 30.09. des Jahres erfolgt. Die unten genannten Familienmitglieder wohnen in einem Haushalt, dorthin sollen auch die Mitgliederzeitschrift MOTOR *extra* sowie die Mitgliedsausweise gesandt werden. **Junioren (ab 18 Jahre) können in diese Beitrags-Sonderregelung leider nicht mit einbezogen werden.** Mindestdauer der Mitgliedschaft 2 Jahre. Aufnahmegebühr für Neumitglieder nur Vollmitglied und Ehegatte oder Partner je €3,-.

Der Familie gehören an:

Vollmitglied	Geburtsdatum	DMV-Nr. falls vorhanden
--------------	--------------	-------------------------

Ehegatte/in oder Partner/in	Geburtsdatum	DMV-Nr. falls vorhanden
-----------------------------	--------------	-------------------------

Kind	Geburtsdatum	DMV-Nr. falls vorhanden
------	--------------	-------------------------

Kind	Geburtsdatum	DMV-Nr. falls vorhanden
------	--------------	-------------------------

Kind	Geburtsdatum	DMV-Nr. falls vorhanden
------	--------------	-------------------------

Kind	Geburtsdatum	DMV-Nr. falls vorhanden
------	--------------	-------------------------

Kind	Geburtsdatum	DMV-Nr. falls vorhanden
------	--------------	-------------------------

Clubmitgliedschaft zusätzlich? Clubstempel und Nummer	geworben von:

Kontonummer	Bankleitzahl	Bank
-------------	--------------	------

Datum	Unterschrift Vollmitglied	Unterschrift Ehegatte/in od. Partner/in
-------	---------------------------	---

Der Beitrag soll bis auf Widerruf von unserem Konto abgebucht werden.