



**Fax-Antwort: 030/212 34 22-99**

# Beteiligung an der Initiative Deutsche Zahlungssysteme e.V

Bitte die Felder vollständig ausfüllen und zurückfaxen:

»  **Ja**, hiermit erklären wir uns bereit, uns an der Initiative Deutsche Zahlungssysteme e.V zu beteiligen:

- als Förderer mit einem Jahresbeitrag von 6.000 Euro
- als Premium-Partner mit einem Jahresbeitrag von 1.000 Euro
- als Partner mit einem Jahresbeitrag von 500 Euro
- als Mitglied mit einem Jahresbeitrag von 100 Euro

Herr  Frau

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Firma Funktion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Vorname

Name

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Land

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Telefon

Telefax

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Handy

E-Mail

<input type="text"/>
----------------------

Datum // Unterschrift // Stempel