

## MITGLIEDSFORMULAR

Mitgliedsdaten					
Name				Geburtsort	
Vorname				Staatsangehörigkeit	
Geschlecht	m		w		Straße
Geburtsdatum				PLZ, Ort	
Telefon				E-Mail	
Letzter Bildungsabschluss				Akademischer Titel	

Mitgliedsbeitrag				
<b>Beitragsoption</b>				
Monatlich (in EUR)	...€ <input type="checkbox"/>	25€ <input type="checkbox"/>	50€ <input type="checkbox"/>	
Quartalsweise (in EUR)	...€ <input type="checkbox"/>	75€ <input type="checkbox"/>	150€ <input type="checkbox"/>	
Jährlich (in EUR)	...€ <input type="checkbox"/>	300€ <input type="checkbox"/>	600€ <input type="checkbox"/>	
	.....€ <input type="checkbox"/>			
	.....			

Bankverbindung			
Kontoinhaber			BLZ
Kontonummer			Institut
IBAN DE.....			Erste Abbuchung
			___. ___. 20__

**Einzugsermächtigung:** Hiermit ermächtige ich den Verein Verein Vision für ein besseres Miteinander e.V. von meiner oben aufgeführten Bankverbindung die anfallenden Zahlungen bei Fälligkeit per Lastschrift einzuziehen.

**Für Druckfehler und Irrtümer Haftung ausgeschlossen. Ihre Angaben werden streng vertraulich und nur für interne Zwecke unseres Vereins erfasst. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden beachtet und eingehalten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds