



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich/Wir beantrage(n) hiermit meine/unsere Mitgliedschaft im Verein **Freunde der Hochschule e.V.** und verpflichte(n) mich/uns zur Zahlung eines Jahresbeitrages von derzeit (bitte ankreuzen)

- € 6,00 für Studierende* und Absolventen** € 30,00 für Einzelpersonen
 € 65,00 für nichtgewerbliche Institutionen und Kleinunternehmen
 € 125,00 für Unternehmen unter 100 Mitarbeiter € 200,00 für Unternehmen über 100 Mitarbeiter

Einzelperson / Studierender / Absolvent

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Unternehmen / nichtgewerbliche Institution

Name

Branche

Ansprechpartner

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Die Satzung des Vereins ist für jedes Mitglied verbindlich. Mit der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages erkenne(n) ich/wir die Satzung an.

Datenschutzerklärung: Der Verein gibt meinen Namen und meine Adresse nicht an Dritte weiter. Mit einer Aufnahme in die Datenbank der Hochschule Trier bin ich einverstanden (falls nicht gewünscht, bitte streichen).

*) Der vergünstigte Beitragssatz gilt auch für Studierende anderer Hochschulen.

**) Der vergünstigte Beitragssatz gilt für maximal 3 volle Jahre nach Abschluss des Studiums und nur für Absolventen des Umwelt-Campus Birkenfeld.



016998560310A580404130

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Freunde der Hochschule Umwelt-Campus Birkenfeld e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Schneewiesenstrasse 23

Postleitzahl und Ort:

55765 Birkenfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE29ZZZ00000239813

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

manuell