



Beitrittserklärung

Bitte vollständig ausgefüllt zurück an oben genannte Adresse senden.

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein
„Alumni und Fördernde der Frankfurter Gesellschaftswissenschaften e.V.“.**

Titel, Vor- und Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

____ . ____ . ____

____ / ____

E-Mail-Adresse:

Beruf/Tätigkeit:

Studiengang/Fach studiert am FB 03:

Dauer (MM/JJ bis MM/JJ):

____ / ____ bis ____ / ____

- Mit der Aufnahme meiner Daten in das interne Mitgliederverzeichnis und zukünftigen Benachrichtigungen (Newsletter, Einladungen etc.) bin ich einverstanden. *(Persönliche Daten der Vereinsmitglieder werden ausschließlich für Vereinszwecke gespeichert und verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen, es sei denn Sie willigen in eine Weitergabe der Daten ein. Sie können Ihr Einverständnis zur Datenspeicherung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.)*
- Mit der Aufnahme meines Namens und meiner Adresse in das allgemeine Mitgliederverzeichnis des Alumni-Netzwerks der Universität zum Verschicken des *UniReport*, des Magazins *Einblick* und der *Forschung Frankfurt* bin ich einverstanden.

Jahresbeitrag (gemäß Beitragsordnung vom 27.04.2010)

- 30,- € (Regulärer Beitrag) 150,- € (Beitrag für juristische Personen oder Personenvereinigungen)
- 15,- € (Ermäßigter Beitrag für Studierende und erwerbslose Alumni, Nachweis erforderlich)

Ort, Datum

Unterschrift

Alumni und Fördernde der
Frankfurter Gesellschaftswissenschaften e.V.
Hauspostfach 5
60629 Frankfurt am Main
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE48 ZZZ0 0000 3010 66



**ALUMNI UND FÖRDERNDE
DER FRANKFURTER
GESELLSCHAFTSWISSENSCHAFTEN**

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Alumni und Fördernde der Frankfurter Gesellschaftswissenschaften e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname (Kontoinhaber/in):

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

IBAN:

Kreditinstitut (BIC und Name):

- Eine einmalige Spende in Höhe von _____ ,00 € soll von meinem Konto abgebucht werden.
- Zusätzlich zum Jahresbeitrag soll eine jährliche Spende in Höhe von _____ ,00 € von meinem Konto abgebucht werden.
- Ich benötige für das Finanzamt eine Zuwendungsbescheinigung (gilt nur für Spenden ab 100,- €).

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in