

Akademische Solidarität e.V.

Unterstützung der Akademiker/innen für die Förderung der sozialen und wissenschaftlichen Entwicklung einer gesunden Gesellschaft

Mitgliedserklärung

Der Unterzeichnende erklärt hiermit seinen Beitritt zum Verein „Akademische Solidarität e.V.“

Mitgliedsnummer: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Akademische Ausbildung: _____

Akademischer Titel: _____

Nationalität / Aufenthaltstitel: _____

E-Mail: _____

Eintrittsdatum: ____ . ____ . ____

Mitgliedsbeitrag/Spende: _____ Euro/Monat

Notizen:

Ort, Datum und Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Akademische Solidarität e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem MAP e.V. 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.

Mitgliedsbeitrag: _____ Euro pro Monat

Vorname und Name (Kontoinhaber):

Kreditinstitut (Name und BIC):

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Akademische Solidarität e.V., Postbank, Kontonummer: 74 099 171, Bankleitzahl: 100 100 10

IBAN: DE54 1001 0010 0074 0991 41, BIC: PBNKDEFF