

☐ **Beitrittserklärung**

Ich trete dem **Alumni Campus des Alfried Krupp Wissenschaftskollegs Greifswald e.V.** ab dem ____ . ____ .20____ als förderndes Mitglied bei und erkläre mich bereit zur Zahlung eines jährlichen Beitrages von (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ 30,00 €/Jahr
- ☐ 15,00 €/Jahr (ermäßigt)

☐ **Erhöhungserklärung**

Ich erkläre mich bereit, meinen Beitrag ab dem ____ . ____ .20__ auf __,00€/Jahr zu erhöhen.

☐ Frau ☐ Herr

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Land _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Ich damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über elektronische Datenverarbeitung erfasst und deshalb in die Datei übernommen werden.

Die Beitrittserklärung hat solange Gültigkeit, bis ich sie dem *Alumni Campus des Alfried Krupp Wissenschaftskollegs Greifswald e.V.* gegenüber schriftlich widerrufe.

Datum: _____ Unterschrift des Mitglieds: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den *Alumni Campus des Alfried Krupp Wissenschaftskollegs Greifswald e.V.* bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

Datum: _____ Unterschrift des Kontoinhabers: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen/Formular bitte ausfüllen, ausdrucken und an den Alumni Campus des Alfried Krupp Wissenschaftskollegs Greifswald e.V. senden.