



Verein zur Verbreitung und Förderung  
von Wissenschaft und Technik in der  
Gesellschaft – Segmentation Vault

**web** segvault.space  
**mail** info@segvault.space  
**twitter** @segvaultspace  
**zvr** 815231477

## MITGLIEDSANTRAG

Mitgliedsnummer (v. Vorstand ausgefüllt)

Vor- und Nachname\* Geburtsdatum

Straße, Hausnummer\*

PLZ, Ort\* Land\*

E-Mail\*

Nickname\* (wird verwendet als Username für diverse Accounts)

### Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als ordentliches Mitglied zum Verein zur Verbreitung und Förderung von Wissenschaft und Technik in der Gesellschaft – Segmentation Vault (ZVR: 81523147) zum ehestmöglichen Zeitpunkt.

Ich habe die Statuten gelesen und erkenne sie mit meiner Unterschrift an.

Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen.

**Art der Mitgliedschaft\* / Zahlungsintervall\*:**

- Vollmitglied (25€ / Monat)  Monatlich
- Ermäßigt\*\* (15€ / Monat)  Alle 6 Monate
- Fördermitglied\*\*\* ( \_\_\_\_\_ € / Monat)  Alle \_\_\_\_\_ Monate
- Außerordentlich\*\*\*\* ( \_\_\_\_\_ € / Monat)

\*\*Bestätigung mittels Vollzeit-Inskription oder Schulbesuchsbestätigung notwendig

\*\*\*kein Stimm- bzw. Nutzungsrecht

\*\*\*\*mindestens 26€ / Monat

**Initiale Spende:**

Ich möchte den Verein zusätzlich mit einer einmaligen Spende von \_\_\_\_\_ € unterstützen.

**Zahlungsart\*:**

- Wiederkehrendes SEPA Lastschriftmandat
- Dauerauftrag / Überweisung°

° Verpflichtende Zahlung bis spätestens zum 7. Werktag des fälligen Monats

**SEPA-Lastschrift-Mandat:**

Ich nehme/Wir nehmen zur Kenntnis, dass mir/uns im Falle der Nichtdurchführbarkeit alle daraus entstehenden Kosten zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

Es handelt sich um folgende Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Creditor ID (CID): AT03ZZZ00000056724 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt (Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) Verein »Segmentation Vault«, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Verein »Segmentation Vault« auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Vor- und Nachname\*

Anschrift (Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort, Land)\*

IBAN\*

BIC\*

Unterzeichnet in Ort, Datum\*

Unterschrift(en)\*

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen.

Kontingenzregeln gelten nur bei einer Spende!