



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

DATENÄNDERUNG

Mitgliedsnummer*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

<input type="text"/>

Straße, Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

PLZ, Ort

Land

<input type="text"/>

E-Mail

Antrag auf Datenänderung:

Hiermit beantrage ich die Änderung meiner Mitgliedschaft/Daten. Ich bestätige, dass die Daten in diesem Antrag korrekt sind. Nicht angegebene Felder können aus dem aktuellen Datenbestand übernommen werden.

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen.

Art der Mitgliedschaft / Zahlungsintervall:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vollmitglied (29€ / Monat) | <input type="checkbox"/> Monatlich |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigt** (15€ / Monat) | <input type="checkbox"/> Alle 6 Monate |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied*** (_____ € / Monat) | <input type="checkbox"/> Alle _____ Monate |
| <input type="checkbox"/> Außerordentlich**** (_____ € / Monat) | |

**Bestätigung erforderlich

***kein Stimm- bzw. Nutzungsrecht

****mindestens 30€ / Monat

Zahlungsart:

- Wiederkehrendes SEPA Lastschriftmandat
- Dauerauftrag / Überweisung^o

^o 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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

IBAN

BIC

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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.

Kleingedrucktes gilt's bei uns nicht!