



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)

<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*

<input type="text"/>

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 (29€ / Monat) Monatlich
- Ermäßigt** (15€ / Monat) Alle 6 Monate
- Fördermitglied*** (_____ € / Monat) Alle _____ Monate
- Außerordentlich**** (_____ € / Monat)

**Bestätigung erforderlich
****mindestens 30€ / Monat

***kein Stimm- bzw. Nutzungsrecht

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.

Anzahl der Zeichen ist durch den Sternchen () gekennzeichnet