**An den Förderverein Computermuseum Kiel e.V.**

c/o Fachhochschule Kiel, Sokratesplatz 6, 24149 Kiel

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im Förderverein Computermuseum Kiel e.V.**

**Der Mitgliedsbeitrag im Förderverein Computermuseum Kiel e.V.
beträgt zurzeit\*1 18 € pro Jahr, für Firmenmitgliedschaften 150 € pro Jahr.**

Der Mitgliedsbeitrag kann steuerlich abgesetzt werden.
Mit dem Mitgliedsausweis erhält das Mitglied freien Eintritt für das Computermuseum der Fachhochschule Kiel.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Name (bei Firmenmitgliedschaften: Ansprechpartner/in)* | *Vorname* |
|  |  |
| *Firma* | *Branche* |
|  |  |
| *Straße*  | *Hausnummer* |
|  |  |
| *PLZ*  | *Ort* |
|  |  |
| *Telefon\*2* | *Telefax\*2* |
|  |  |
| *E-Mail\*2* | *Geburtstag\*2* |
| **Zahlungsweise für den Mitgliedsbeitrag** |
| **🞏** | **Ich möchte das SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen nutzen und füge den entsprechenden Antrag bei** |
| **🞏** | Ich überweise den Mitgliedsbeitrag in jedem Jahr spätestens bis zum 01.02.auf das Konto des Fördervereins, **SEPA-Bankverbindung:**Förderverein Computermuseum Kiel e.V., c/o Fachhochschule Kiel, Sokratesplatz 6, 24149 Kiel.IBAN DE05 2109 0007 0068 0257 00BIC GENODEF1KIL |
|  |  |
| *Ort, Datum* | *Unterschrift* |

*\*1 Stand vom 1.1.2013*

*\*2* *Diese Angaben sind freiwillig*

**An den Förderverein Computermuseum Kiel e.V.**

c/o Fachhochschule Kiel, Sokratesplatz 6, 24149 Kiel

**Lastschriftverfahren nach dem SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

|  |
| --- |
| **Ich ermächtige den Förderverein Computermuseum Kiel e.V.,**  c/o Fachhochschule Kiel, Sokratesplatz 6, 24149 Kiel Gläubiger-Identifikations-Nr: DE60FCM00000206178**den Mitgliedsbeitrag jährlich einmal, zum 1. Februar eines Jahres, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**Mandatsreferenz ist die Mitgliedsnummer im Verein (wird nach der Aufnahme erteilt).Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit jedem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. |
|  |
| *Vor- und Nachname des Kontoinhabers* |
|  |  |
| *Straße* | *Hausnummer* |
|  |  |
| *PLZ* | *Ort* |
| DE |
| *IBAN* |
|  |
| *BIC* |
|  |  |
| *Ort, Datum* |  |
|  |  |
| *Unterschrift*  |  |