



EUROPEAN CAMPUS

R O T T A L - I N N



PFARRKIRCHEN

Beitrittserklärung mit Lastschriftmandat zum Förderverein European Campus Rottal-Inn der Technischen Hochschule Deggendorf e.V.

Ja, ich möchte Mitglied werden und werde auf folgend hingewiesen:

Jedes Mitglied des Fördervereins ist verpflichtet, den im Rahmen der Beitragsordnung festgelegten Mitgliedsbeitrag zu entrichten. Mit der Unterschrift auf diesem Antrag wird die Satzung des Fördervereins European Campus Rottal-Inn der Technischen Hochschule Deggendorf e.V. anerkannt. Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird frühestens zum 01. April des jeweiligen Jahres abgebucht.

Hinweis nach § 4 Abs. 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG): Der Förderverein European Campus Rottal-Inn der Technischen Hochschule Deggendorf e.V. verarbeitet die in diesem Aufnahmeantrag enthaltenen personenbezogenen Angaben ausschließlich zu mitgliedschaftlichen Zwecken unter Beachtung des Erlaubnisrahmens des § 28 BDSG.

Mitgliedsbeitrag

Studierende(r) am European Campus Rottal-Inn (5,00 €)

natürliche Person (30,00 €)

Firma, juristische Person (100,00 €)

Ich entrichte einen jährlichen freiwilligen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ €

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Firma, Institution: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon*: _____

E-Mail*: _____

*Die mit * versehenen Angaben sind freiwillig.*

Mandatsreferenznummer _____

(max. 35 Stellen - wird vom Verein vergeben und gesondert mitgeteilt)

Gläubiger-Identifikationsnummer des Förderverein European Campus Rottal-Inn der Technischen Hochschule Deggendorf e.V.:

DE67 ZZZ 0000 1702 956

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein European Campus Rottal-Inn der Technischen Hochschule Deggendorf e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein European Campus Rottal-Inn der Technischen Hochschule Deggendorf e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____ | _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers