

MEMBERSHIP APPLICATION FORM BEITRITTSERKLÄRUNG



FÖRDERVEREIN DES CENTER FOR DIGITAL TECHNOLOGY AND MANAGEMENT e.V.

Arcisstr. 21
80333 München
Germany

return to / zurück an
foerderverein@cdtm.de

Last Name | Nachname

First name | Vorname

Title | Titel

Street, c/o | Straße, c/o

ZIP, City, Country | PLZ, Ort, Land

Mobile phone | Handynummer

Private e-mail | Email privat

Current profession | Aktuelle Beschäftigung

Company | Unternehmen

I declare to become a registered member and I am willing to support the main objective of fostering research and education at the CDTM.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt und bin bereit, im Rahmen meiner Möglichkeiten die Ziele der Forschungs- und Bildungsförderung am CDTM zu unterstützen.

MEMBERSHIP MITGLIEDSCHAFT

- Student: EUR 10,00 p.a.
 Standard: EUR 60,00 p.a.
 Premium: EUR 200,00 p.a.

Deviating amount, if higher than standard
Abweichender Beitrag, falls höher als Standard

EUR ,

Student memberships will be transferred to standard memberships in the second year after graduating at CDTM. Membership may be terminated with a 3 months' notice to the end of the year.

Studierende werden im zweiten Jahr nach ihrem Abschluss am CDTM in die Standard-Mitgliedschaft überführt. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende.

City, Date | Ort, Datum

Signature | Unterschrift

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE | SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Credit identifier | Gläubiger Identifikationsnummer: DE 16ZZZ00001244676

Mandate reference will be provided separately | Mandatsreferenz wird separate mitgeteilt

By signing this mandate form, I authorize you to send instructions to your bank to debit my account, and I authorize my bank to debit my account in accordance with the instructions from you.

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Notes: As part of my rights, I am entitled to a refund from my bank under the terms and conditions of your agreement with my bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which my account was debited.

Hinweise: 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.

Name of payment service provider of the debtor | Bank

BIC

| | | | |

IBAN

City, Date | Ort, Datum

Signature | Unterschrift