

MEMBERSHIP APPLICATION FORM BEITRITTSERKLÄRUNG



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

Arcisstr. 21
80333 München
Germany

To join the Förderverein, please complete the following survey (click [here](#)).
Alternatively, scan the QR code.



Please fill out the rest of this application form, sign it, and upload the filled-out form under the SEPA mandate tab in the survey.

After submitting the form, you will receive a confirmation mail from Easyverein that your application was received. Your application will then be processed as fast as possible.

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

MEMBERSHIP

MITGLIEDSCHAFT

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

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.

City, Date | Ort, Datum

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

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

EUR ,

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

Signature | Unterschrift

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE | SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Credit identifier | Gläubiger Identifikationsnummer: DE 16ZZZ00001244676
Mandate reference will be provided separately | Mandatsreferenz wird separat 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.

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.

Name of payment service provider of the debtor | Bank

IBAN

City, Date | Ort, Datum

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.

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.

BIC

Signature | Unterschrift