

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an:

Förderverein der Science-Academy
Baden-Württemberg e. V.
Daniel Jungblut
Mühlstraße 27
69226 Nußloch

Beitrittsantrag

Förderverein der Science Academy Baden-Württemberg e. V.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr		PLZ/Ort
E-Mail-Adresse		

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein der Science Academy Baden-Württemberg e. V. als

- ordentliches Mitglied. Ich bin oder war:
 - Teilnehmer/in bei der Science Academy 20__
 - Schülermentor/in bei der Science Academy 20__
 - Kursleiter/in bei der Science Academy
 - Eltern von _____
(Teilnehmer/in bei der Science Academy 20__)
- außerordentliches Mitglied

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich die Satzung des Vereins, die Beitragsordnung des Vereins und die jeweils gültigen Beitragssätze an.

Beitrag

Bitte legen Sie selbst Ihren Jahresbeitrag fest. Im nebenstehenden Kasten sind die Mindestbeiträge aufgeführt.

Als Jahresbeitrag wähle ich _____ €.

Regulärer Jahresbeitrag: 36 €
 Ermäßigter Jahresbeitrag für Schüler, Auszubildende, Studenten, Wehr-/Zivildienstleistende oder Arbeitslose: 12 €

Mitgliedsbeiträge und weitere Spenden an den Verein gehören zu den steuerlich absetzbaren Sonderausgaben (EstG § 10b Abs. 1).

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

_____ (Datum, Ort)

_____ (Unterschrift Mitglied)

Für minderjährige Mitglieder

_____ (Datum, Ort)

_____ (Unterschrift Erziehungsberechtigter)

SEPA-Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Förderverein der Science Academy Baden-Württemberg e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Science Academy Baden-Württemberg 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.

IBAN	Konto-Inhaber
BIC	Name/Ort der Bank

Gläubiger ID: DE1 7ZZZ00000751 21 9

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Die Mandatsreferenz wird vor der ersten Abbuchung mitgeteilt.

_____ (Datum, Ort)

_____ (Unterschrift Kontoinhaber)