

MUSEUMSINITIATIVE

Fachstudenten führen durch das Martin von Wagner Museum der Universität
Würzburg

c/o Graphische Sammlung, Neuere Abteilung
Residenzplatz 2, Tor A, 97070 Würzburg



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Museumsinitiative des Martin von Wagner Museums der Universität Würzburg e.V.

Name:

Geboren am:

Adresse:

Tel./Fax:

Beruf:

Studiengang:

Fachsemester:

Email:

Ich erkenne die Satzung an und erkläre meinen Beitritt als

aktives Mitglied (jährlicher Mitgliedsbeitrag € 10,00)

(Nach § 3 Abs. 1 der Satzung jede volljährige Person, die als ordentlicher Student / ordentliche Studentin an einer europäischen Universität eingeschrieben ist).

geringverdienendes Fördermitglied (jährlicher Mitgliedsbeitrag € 20,00)

(Geringverdiener, wie zum Beispiel Schüler, Zivildienstleistende, Arbeitslose, Rentner, etc. in der Mitgliedschaft rechtlich dem Fördermitglied gleichgestellt).

Fördermitglied (jährlicher Mitgliedsbeitrag € 30,00)

(Nach § 3 Abs. 1 der Satzung Gasthörer und andere Personen sowie juristische Personen und Körperschaften des öffentlichen Rechts).

Ich ermächtige die Museumsinitiative des Martin von Wagner Museums der Universität
Würzburg e.V. ab dem 01.01.2018 den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto
durch Lastschrift einzuziehen.

Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Museumsinitiative des Martin-von-Wagner Museums der Universität Würzburg e.V.	
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number: c/o Graphische Sammlung, Neuere Abteilung, Residenzplatz 2, Tor A	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 97070 Würzburg	Land / Country: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).</p> <p>As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.</p>	
Zahlungsart / Type of payment:	
<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*</u>	
* Angabe freigestellt / Optional information	
Straße und Hausnummer / Street name and number:	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):	
Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt. Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.	
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	