

## Mitgliedsantrag

(Bitte füllen Sie alle mit \* gekennzeichneten Felder aus!)

\*Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\*Straße: \_\_\_\_\_

\*PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\*E-Mail: \_\_\_\_\_

\*Fakultät: \_\_\_\_\_

Art des Abschlusses: \_\_\_\_\_ Abschlussjahr: \_\_\_\_\_

### Ja, ich will Mitglied im Absolventen-Netzwerk der Universität Bielefeld e.V. werden.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass das Absolventen-Netzwerk der Universität Bielefeld e.V. die Angaben zu meiner Person dafür einsetzt, den Kontakt zu mir als Ehemaliger/Ehemaligem zu pflegen. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und meine Daten dann unverzüglich gelöscht werden müssen.

X \_\_\_\_\_

Datum, Ort

Unterschrift

### Mitgliedsbeitrag:

25 Euro                       12,50 Euro (nur für Studierende, aktuelle Semesterbescheinigung ist dem Antrag beizulegen)

anderer Betrag (mind. 25 Euro) \_\_\_\_\_

Ihre Bankverbindung:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

*Ich (Wir) ermächtige(n) das Absolventen-Netzwerk der Universität Bielefeld e.V., den von mir (uns) zu zahlenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom Absolventen-Netzwerk der Universität Bielefeld e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.*

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

X \_\_\_\_\_

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

(bitte wenden)

**Hinweis:**

Wenn das angegebene Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Der Kontoinhaber übernimmt die Rücklastschriftgebühr, wenn der Bankeinzug durch sein Verschulden nicht durchgeführt werden konnte.

**Weitere freiwillige Angaben:**

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Firma/Institution: \_\_\_\_\_

Straße Firma: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort Firma: \_\_\_\_\_

Telefon Firma: \_\_\_\_\_ E-Mail Firma: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von uns erfahren? \_\_\_\_\_

Ihre Wünsche an das Netzwerk: \_\_\_\_\_

**Kostenfrei für unsere Mitglieder** (bei Bedarf bitte ankreuzen):

- Ja, ich möchte das **Forschungsmagazin der Universität Bielefeld, BI.research**, kostenfrei beziehen (zwei Ausgaben/Jahr).
  
- Ja, ich möchte regelmäßig per **E-Mail-Newsletter** über Neuigkeiten aus dem Verein und der Universität informiert werden (ca. 6-10x im Jahr).