**Aufnahmeerklärung**

**Ja, ich möchte Mitglied im Verein klasse!**forschung **werden!**

Bitte füllen Sie das nachfolgende Formular vollständig aus. Felder, die mit einem Asterisk (\*) markiert sind, müssen in jedem Fall ausgefüllt werden.

Bitte sende Sie das ausgefüllte Formular an office@klasse-forschung.at

**Anmelden\* als** Wählen Sie ein Element aus.

Ihre Daten/Firmenmitgliedschaft

Name der Einrichtung\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Straße\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Postleitzahl \* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Land\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ansprechperson

Titel Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zuname\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Position in der Einrichtung Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ihre Daten/Mitgliedschaft als Privatperson

Titel Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zuname\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Straße\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Postleitzahl \* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Land\* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ich unterstütze die Ziele des Vereins **klasse!**forschung und erkenne die Vereinsstatuten an. Ich bin damit einverstanden über Aktivitäten des Vereins informiert zu werden (Post, E-Mail, Newsletter, Telefon usw.).

Der jährliche Mindestmitgliedsbetrag

von EUR 100.- /EUR 20.- für **ordentliche Mitglieder**

von EUR 500.-/EUR 100.- für **fördernde Mitglieder**

wird zu Jahresanfang Wählen Sie ein Element aus.

Ich wähle folgenden **zusätzlichen** Betrag

(Höhe Sponsoringbetrag bitte selbst eintragen) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Datum Unterschrift Antragsteller Unterschrift Verein

------------------ ------------------------------ -----------------------------

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Verein **klasse**!forschung, Innsbruck, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Lastfrist einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom Verein **klasse!**forschung auf mein Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags zurück verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Bei Nichteinlösung entstehende Bankspesen gehen zu meinen Lasten.

Geldinstitut und Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

IBAN Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

BIC Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort/Datum Unterschrift Kontoinhaber

---------------------- -------------------------------------------

Der Einzug des Betrages erfolgt erstmalig nach Eingang des Antrages danach jährlich im Jänner.