

## Antrag auf Mitgliedschaft

MITGLIEDSCHAFT & BEITRAG		
<input type="checkbox"/>	<b>Einzelperson</b>	20 € / Jahr
<input type="checkbox"/>	<b>gemeinnütziger Verein</b>	10 € / Jahr
<input type="checkbox"/>	<b>rechtsfähige Personenvereinigung / juristische Personen</b> (z.B. GbR, OHG, KG, GmbH, etc.)	20 € / Jahr
<b>Ermäßigter Beitrag</b>		
<input type="checkbox"/>	Schüler, Studenten, Auszubildende	0,00 € / Jahr
<input type="checkbox"/>	Rentner	10,00 € / Jahr

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Verein (vertretungsberechtigte Person angeben, ggfs. Vollmacht)
Name	Vorname
Firma / Verein	
Straße, Nr.	Geburtsdatum
PLZ	Ort
E-Mail	Telefon

VERTRETUNGSBERECHTIGTE PERSON (z.B. bei GbR, OHG, KG, GmbH, Verein, etc.)	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name	Vorname
Straße, Nr.	Geburtsdatum
PLZ	Ort
E-Mail	Telefon

### Hinweise zum Datenschutz

Die BI Pro Hochschule erhebt, nutzt und verarbeitet die erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Weitere Informationen unter: [www.pro-hochschule.info/datenschutz](http://www.pro-hochschule.info/datenschutz)

## ZAHLUNG DES MITGLIEDBEITRAGS

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag von meinem / unserem Konto ab.  
Das SEPA-Lastschriftmandat füge ich diesem Antrag bei (s.u.).



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

**Name & Anschrift des Zahlungsempfängers:** BI Pro Hochschule Holzminden; 37603 Holzminden

**Mandatsreferenz** (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

**Zahlungsart:**  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger BI Pro Hochschule Holzminden., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger BI Pro Hochschule Holzminden auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</b>
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen/Kontoinhabers</b> (Angabe freigestellt) <input type="checkbox"/> <b>Anschrift siehe Seite 1</b>
<b>IBAN</b> des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen)
<b>BIC</b> (8 oder 11 Stellen)
<small>Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.</small>



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)