

Antrag auf Mitgliedschaft im  
**Förderverein für interdisziplinäre  
Antisemitismusforschung Trier e.V.**

Hiermit beantrage ich,  
meine Aufnahme in den Förderverein für interdisziplinäre Antisemitismusforschung Trier e.V.

Meine Kontaktdaten sind:

**Name, Vorname** (bei juristischen Personen vertretungsberechtigte Person angeben):

**Adresse:**

**Geburtsdatum:**

**Tel. Nr.:**

**E-Mail:**

Ich gehöre zu einer beitragsermäßigten Gruppe (Studierende, Auszubildende, Schüler:innen, Rentner:innen, ALG-II-Empfänger:innen und Menschen mit Behinderung):

Ja  
Nein

Der Mitgliedsbeitrag beträgt aktuell mindestens 5,00 € monatlich. Der ermäßigte Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 2,50 € monatlich. Auf die Möglichkeit der Stellung eines Härtefallantrags wird hingewiesen.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Erfüllung der Vereinszwecke einverstanden.

Ich habe die Einzugsermächtigung (auf der Folgeseite) für den Mitgliedsbeitrag erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift

**Einreichung**

bitte als PDF per Mail an [iia@uni-trier.de](mailto:iia@uni-trier.de)

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Förderverein für interdisziplinäre Antisemitismusforschung Trier e. V.  
Breitenweg 1 | 54296 Trier

Gläubiger-ID: DE96ZZZ00002751974

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

### **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

### **SEPA-Lastschriftmandat:**

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.

**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.

**Name des/der Zahlungspflichtigen** (Kontoinhaber:in):

**Anschrift des/der Zahlungspflichtigen** (Kontoinhaber:in)

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

**IBAN des/der Zahlungspflichtigen:**

**BIC** (Kreditinstitut):

Ort, Datum

Unterschrift