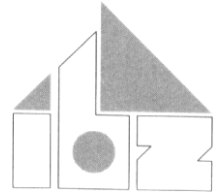


INTERNATIONALES BEGEGNUNGSZENTRUM DER WISSENSCHAFT MÜNCHEN E.V.



IBZ e.V. Amalienstr. 38 80 799 München

TEL. 0 89/28 66 86- 0
www.ibz-muenchen.de
ibz@ibz-muenchen.de

AUFNAHMEANTRAG (PERSONENVEREINIGUNGEN)/ MEMBERSHIP APPLICATION FOR ASSOCIATIONS & INSTITUTIONS

Bitte unterschrieben, gescannt und per Mail oder ausgefüllt in einem frankierten Umschlag an den IBZ Vorstand schicken/Please send the signed application to the IBZ Management Board via Email oder by postal mail (siehe Kontaktdetails oben/Contact details above in header).

Wir haben die Satzung erhalten und beantragen hiermit die Mitgliedschaft zum/We have received the statute and, hereby, request membership beginning:

Datum/Date: _____

Name der Vereinigung/
Name of Association/Institution: _____

Anzahl der Beschäftigten/Number of staff members: _____

Vorsitzende/r oder Leitung ((Titel), Vor- und Nachname)/
Chairperson/Head ((Title) First & last name): _____

Geburtsdatum/Date of Birth (mm.dd.yy): _____

Beruf/Profession: _____

Dienstadresse/Employer Address:

Privatadresse/Personal Address:

E-Mail-Adresse/E-Mail Address: _____

Telefonnr./Telephone Nr.: _____

Ich möchte den Betrag jährlich abbuchen lassen und erteile eine Einzugsermächtigung zu Lasten meines Kontos:

Bank: _____

IBAN:

BIC:

Ort & Datum/City & Date (mm.dd.yy)

Unterschrift/Signature