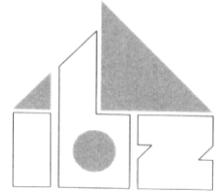


INTERNATIONALES BEGEGNUNGSZENTRUM DER WISSENSCHAFT MÜNCHEN E.V.



IBZ e.V. Amalienstr. 38 80 799 München

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

AUFNAHMEANTRAG (EINZELPERSONEN)/MEMBERSHIP APPLICATION FOR INDIVIDUALS

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).

Ich habe die Satzung erhalten und beantrage hiermit die Mitgliedschaft zum/I have received the statute and, hereby, request to become a member beginning:

Datum/Date: _____

Titel/Title: _____

Vorname, Nachname/
First name, Last name: _____

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

Beruf/Profession: _____

Institut oder Arbeitgeber/Institute or Employer:

Dienstadresse/Employer Address:

Privatadresse/Personal Address:

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

Telefonnr./Telephone Nr.: _____

Ich möchte den Betrag von 105,00€ jährlich abbuchen lassen und erteile eine Einzugsermächtigung zu Lasten meines Kontos:

Bank: _____

IBAN:

BIC:

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

Unterschrift/Signature