



**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 or 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 Mitgliedsbeitrag in Höhe von 105,00€ jährlich abbuchen lassen und erteile eine Einzugsermächtigung zu Lasten meines Kontos/*I would like to have the membership fee in the amount of € 105.00 debited annually and issue a direct debit authorization to debit my account:*

**Bank:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift/Signature**