



MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Alumni des Parlamentarischen Patenschafts-Programms des Deutschen Bundestages und des Kongresses der Vereinigten Staaten von Amerika e.V. (APPPs e.V.). Ich erkläre, dass ich mit den Zielen des Vereins einverstanden bin und erkenne die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins an.

Hinweis: Bitte fülle den Mitgliedsantrag maschinell aus und sende ihn per Mail an membership@appps.info. Bitte drucke das SEPA-Lastschriftmandat (Seite 3) zudem aus und unterschreibe es handschriftlich. Sende den Scan des SEPA-Lastschriftmandats dann ebenfalls an membership@appps.info. Alternativ kannst du uns deine Unterlagen auch per Post zukommen lassen.

PERSÖNLICHE DATEN

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsdatum

ANSCHRIFT UND KONTAKTDATEN

<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ, Wohnort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Telefon

WEITERE INFORMATIONEN

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aktuelle Tätigkeit	PPP-Jahrgang
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Austauschorganisation	USA Aufenthalt (Staat, Stadt)

<input type="text"/>
Sonstige Interesse

MITGLIEDSBEITRAG

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 30,00 €. Ein ermäßigter Beitrag von mindestens 15,00 € gilt für Jugendliche unter 18 Jahren bzw. Schüler*innen; dieser ermäßigte Beitrag gilt auch für Teilnehmende an Freiwilligendiensten, Auszubildende, Studierende, längstens jedoch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Der Beitrag ist jährlich im Voraus bis spätestens zum 1. März eines jeden Kalenderjahres fällig.

Bei Eintritt nach dem 01.03. eines laufenden Kalenderjahres wird der Beitrag mit dem Eintritt fällig. In diesem Falle überweise ich den Beitrag bis spätestens 2 Wochen nach Aufnahme in den Verein auf das unten genannte Konto, sofern ich mich nicht für das SEPA-Lastschriftverfahren entschieden habe. Die Überweisung werde ich mit dem Verwendungszweck meines Namens und Geburtsdatum versehen.

Bei einem Eintritt ab dem 01.10. eines laufenden Kalenderjahres wird für das Eintrittsjahr auf einen Beitrag verzichtet.

Kontodaten des Vereins: **IBAN: DE37 4306 0967 1264 2772 00 | BIC: GENODEM1GLS**

HÖHE DES MITGLIEDSBEITRAG

Ich zahle jährlich einen festen Mitgliedsbeitrag, der sich zusammensetzt aus:

- Mitgliedsbeitrag in Höhe von 30,00 EUR**
- Ermäßigter Mitgliedsbeitrag in Höhe von 15,00 EUR**
Einen Nachweis über meine Ermäßigung lege ich dem Verein vor.
- zusätzlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von EUR**

ZAHLUNGSART

- Ich erteile ein dauerhaftes SEPA-Basis- Lastschriftmandat (Seite 3) für das unten angegebene Konto.**
- Ich zahle meinen Mitgliedsbeitrag per Dauerauftrag von meinem Konto bis zum 01.03. jeden Kalenderjahres.**

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebenen personenbezogenen Daten für satzungsgemäße Vereinszwecke gespeichert und verwendet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Bild- und Filmaufnahmen, die anlässlich von Veranstaltungen des Vereins entstehen, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift - bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift des*der Erziehungsberechtigten

SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

APPPs e.V., Merseburger Str. 5, 10823 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI):

DE50ZZZ00001281603

Mandatsreferenz (wird vom Verein eingetragen)

Ich ermächtige den Verein Alumni des Parlamentarischen Patenschafts-Programms des Deutschen Bundestages und des Kongresses der Vereinigten Staaten von Amerika e.V. (APPPs e.V.) widerruflich, den satzungsgemäßen sowie ggf. den zusätzlichen freiwilligen Mitgliedsbeitrag von folgendem Girokonto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom APPPs e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Weist das Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Sofern für die Nichteinlösung der Lastschrift seitens des kontoführenden Instituts Mehrkosten erhoben werden, gehen diese zu Lasten des Kontoinhabers.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name und Anschrift des Mitglieds (falls abweichend vom Kontoinhaber)

Kreditinstitut

IBAN

wiederkehrende Zahlung

BIC

Zahlungsart

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in - bei Minderjährigen
zusätzlich die Unterschrift des*der Erziehungsberechtigten