

Ich, (*Name, Vorname*) _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Ggf. Abschlussjahrgang: _____

Ggf. Beschäftigung*: _____

beantrage mit sofortiger Wirkung die Aufnahme in den gemeinnützigen Verein Netzwerk Leopoldinum e. V.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Vereinsverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden und ich über die oben angegebene E-Mail-Adresse Informationen erhalte.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen von Veranstaltungen des Netzwerk Leopoldinum e.V. Bilder und/oder Videos von den TeilnehmerInnen gemacht werden und zur Veröffentlichung auf der Homepage des Vereins, in Printpublikationen, auf Social Media verwendet und zu diesem Zwecke abgespeichert werden dürfen. Die Fotos und/oder Videos dienen ausschließlich der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins. Ich bin mir darüber im Klaren, dass Fotos und/oder Videos im Internet von beliebigen Personen abgerufen werden können. Es kann trotz aller technischer Vorkehrungen nicht ausgeschlossen werden, dass solche Personen die Fotos und/oder Videos weiterverwenden oder an andere Personen weitergeben. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann beispielsweise durch Streichung dieses Passus widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

*beispielsweise Studiengang, Berufsabschluss, berufliche Tätigkeit, Vernetzung

Digitales Formular:



Netzwerk Leopoldinum e. V.
Michaeligasse 15, 94032 Passau
Gläubiger-Identifikationsnummer DE33ZZZ00002818680

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT für wiederkehrende Zahlungen
Die Mandatsreferenz wird beim ersten Einzug mitgeteilt.

Ich ermächtige den Verein Netzwerk Leopoldinum e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Netzwerk Leopoldinum e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin bereit, für den Verein die jeweils geltenden Mitgliedsbeiträge aufzubringen
Der Jahresbeitrag wird jährlich im August zur Zahlung fällig.

Mein Beitrag in Höhe von _____ €.

(Stand Mai 2025: mindestens 5,-€/Jahr bis zum 30. Lebensjahr und mindestens 25,-€/Jahr ab dem 31. Lebensjahr).

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

Vorname, Name (Kontoinhaber) _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte den Mitgliedsantrag mit Sepa-Mandat an die obige Adresse bzw. per E-Mail senden an: info@netzwerk-leopoldinum.de