

ANTRAG AUF PERSÖNLICHE MITGLIEDSCHAFT IM DEUTSCHEN MUSEUMSBUND



DMB
DEUTSCHER
MUSEUMSBUND

Hiermit beantrage ich die **persönliche Mitgliedschaft** beim Deutschen Museumsbund:

Titel/Vorname/Name:

Geburtsdatum:

Ausbildung/Studium u. Abschluss:

Anstellungsverhältnis: fest freiberuflich befristet bis:

Position:

Tätigkeit in/für Museen (bitte ggf. Referenzen oder Belege beifügen):

Ich möchte den ermäßigten Beitrag (40 Euro p.a.) in Anspruch nehmen (Student/in, Volontär/in, Empfänger/in von ALG I oder II). Bitte Nachweis beifügen.

private Anschrift

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mail:

dienstliche Anschrift

Institution:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mail:

An welche Anschrift wünschen Sie Ihre Post?

private Anschrift dienstliche Anschrift

Anschrift für das Mitgliederverzeichnis

private Anschrift dienstliche Anschrift

Die Mitgliedschaft soll beginnen

schnellstmöglich zum Beginn des kommenden Jahres

Der Mitgliedsbeitrag für die persönliche Mitgliedschaft beträgt **65 Euro** im Jahr.

Zahlungsart gegen Rechnung Bankeinzug

Gläubiger-Identifikationsnummer DE74ZZZ00000220088

Name des Kontoinhabers:

IBAN

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend)

Straße:

PLZ:

Ort:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bei **Interesse an der Mitarbeit in unseren Fachgruppen und Arbeitskreisen** bitten wir um Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Sprechern und Sprecherinnen unter museumsbund.de/fachgruppen-und-arbeitskreise.

Ja, ich möchte des **Newsletter des Deutschen Museumsbundes** erhalten und über aktuelle Nachrichten und Veranstaltungen informiert werden.

Hiermit willige ich ein, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich durch den Deutschen Museumsbund zur Mitgliederverwaltung und -information genutzt sowie zu diesem Zweck gespeichert werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (AntragstellerIn)