

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):

Anschrift

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 **90 Euro** im Jahr.
Eine Kündigung ist bis **30. September** für das Folgejahr möglich.

Ich möchte den ermäßigten Beitrag (**50 Euro** p.a.) in Anspruch nehmen
(Student/in, Volontär/in, Empfänger/in von ALG I oder II). Bitte Nachweis
beifügen

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 den **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)