

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein **Freunde und Förderer des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch gem. e.V.**

Titel*	Name	Vorname
Geburtsdatum*	Beruf*	Institution/ Unternehmen*
für juristische Personen: Name des Unternehmens/ der Einrichtung		
für juristische Personen: Ansprechpartner,		Funktion
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort (falls außerhalb Deutschlands: Land)		
Emailadresse	Telefonnummer*	

\*) Angabe optional

### Ich trete/ Wir treten bei als

- persönliches Mitglied – Jahresbeitrag 50 €
- persönliches Mitglied mit ermäßigtem Beitrag – Jahresbeitrag 25 €  
(möglich für Schüler/innen, Auszubildende, Studierende, Doktorand/innen und Senioren/-innen)
- juristische Person – Jahresbeitrag 1.000 €

### Ich zahle/ Wir zahlen den Mitgliedsbeitrag per

- Überweisung: Bitte überweisen Sie den Jahresbeitrag jeweils im ersten Quartal des Kalenderjahres (für das Beitrittsjahr direkt nach Ihrem Beitritt) auf folgendes Konto:  
Kontoinhaber: Freunde und Förderer des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin e.V.  
(kurz: *MDC Freundeskreis*)  
Kontonummer: 195 32 34 000 BLZ: 100 500 00 (Berliner Sparkasse)  
IBAN: DE30 1005 0000 1953 2340 00 BIC: BELADEBEXX  
Gläubiger-ID: DE71MDC00000984696
- Lastschrift. – Bitte vervollständigen und unterschreiben Sie die untenstehende Einzugsermächtigung!  
(nur mit einem deutschen Konto möglich)
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Name in einem Mitgliederverzeichnis geführt und veröffentlicht wird. Alle weiteren personenbezogenen Daten dienen der Mitgliederverwaltung und werden ohne ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

### Einzugsermächtigung (optional)

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zulasten der folgenden Kontoverbindung durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.u.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber	IBAN
Kreditinstitut	BIC

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift