

---

Förderverein der Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Nürnberg e.V.

## Aufnahmeantrag

Ich/wir beantrage(n) die Aufnahme in den Förderverein der Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Nürnberg e.V.

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ich beantrage die Mitgliedschaft als (bitte ankreuzen)

- Ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 50 €)
- Ordentliches Mitglied als Schüler/ Student (ermäßigter Jahresbeitrag 25 €, Nachweis erforderlich)
- Korporatives Mitglied (Jahresbeitrag 250 €)

---

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

### **Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats**

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE19ZZZ00001956796

Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Förderverein der Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Nürnberg e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 1. Juli jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres am 15. des auf den Eintritt folgenden Monats.

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.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

---

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