

## Mitglieds-Antrag

Name \_\_\_\_\_

Firma / Institution \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Art der Mitgliedschaft (bitte ankreuzen)

Jahresbeitrag

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Einzelpersonen 10 €  |         |
| <input type="checkbox"/> Betriebe bis zu 10 Beschäftigte  | 25 €    |
| <input type="checkbox"/> Betriebe bis zu 50 Beschäftigte  | 50 €    |
| <input type="checkbox"/> Betriebe bis zu 100 Beschäftigte   | 100 €   |
| <input type="checkbox"/> Betriebe über 100 Beschäftigte   | 150 €   |
| <input type="checkbox"/> Institutionen und Körperschaften (Nach Selbsteinschätzung bitte eintragen) | _____ € |

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum VFGN e.V. und anerkenne dessen Satzung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / Bevollmächtigter

### Bankeinzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den vfgn, meinen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Name und Ort des Kreditinstituts \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift