



HEIPAR
Freund*innen und Ehemalige
des deutsch-französischen Master- und Doktorandenprogramms
in Geschichtswissenschaften Paris-Heidelberg e. V.

c/o Historisches Seminar der Universität Heidelberg
Grabengasse 3-5
69117 Heidelberg

E-Mail: alumni@paris-heidelberg.eu

Antrag auf Mitgliedschaft

hiermit erkläre ich

.....
Vor- und Nachname

meinem Beitritt zum Verein HEIPAR e. V. und bin bereit, als Mitgliedsbeitrag jährlich 15 EUR zu entrichten.

Die Mitgliedschaft beginnt mit meiner Einzahlung des jährlichen Beitrages und gilt jeweils für ein Jahr. Der Beitrag wird erstmals mit dem Beitritt fällig, danach jeweils zum 1. Januar jeden Jahres. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist mit einer schriftlichen Kündigung zum Jahresende möglich. Studierende und Promovierende sind gegen Vorlage eines Nachweises beitragsbefreit.

Angaben für die Mitgliederdatei:

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Akad. Titel

Dienst- oder Privatanschrift:

.....
Anschrift

.....
E-Mail (unbedingt angeben)

.....
PLZ und Ort

.....
Staat

Hinweis: Senden Sie dieses Formular ausgefüllt postalisch oder eingescannt per E-Mail an den Verein. Fügen Sie einen Nachweis für Ihre Beitragsbefreiung oder die anliegende Einzugsermächtigung bei. Oder überweisen Sie alternativ Ihren Mitgliedsbeitrag auf unser Konto.



HEIPAR
Freund*innen und Ehemalige
des deutsch-französischen Master- und Doktorandenprogramms
in Geschichtswissenschaften Paris-Heidelberg e. V.

c/o Historisches Seminar der Universität Heidelberg
Grabengasse 3-5
69117 Heidelberg

E-Mail: alumni@paris-heidelberg.eu

SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69ZZZ00002068028

Mandatsreferenz:
vom Zahlungsempfänger auszufüllen

Kontoinhaber:

.....
Vor- und Nachname

.....
Anschrift

.....
PLZ und Ort

.....
Land

Ich ermächtige den Verein HEIPAR – Freund*innen und Ehemalige des deutsch-französischen Master- und Doktorandenprogramms in Geschichtswissenschaften Paris-Heidelberg e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von HEIPAR e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bank:.....

IBAN:.....

BIC:.....

Name:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift