



Verein für mecklenburgische Familien- und Personengeschichte e.V.

Mitgliedsnummer

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein für meckl. Familien- und Personengeschichte e.V.

1. Persönliche Angaben:

Vorname, Name:*	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Beruf / Tätigkeit:	<input type="text"/>		
Anschrift:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>		
Fax:	<input type="text"/>		
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>		
Homepage:	<input type="text"/>		

2. Angaben für korporative Mitglieder:

Geschäftsname:	<input type="text"/>			
Ansprechpartner:	<input type="text"/>			
Anschrift:	<input type="text"/>			
Telefon:	<input type="text"/>	privat	<input type="text"/>	dienstlich
Fax:	<input type="text"/>	privat	<input type="text"/>	dienstlich
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>			

Ich erkenne mit meiner Unterschrift die Satzung des Vereins an. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir auf diesem Antrag gemachten Angaben in einer Mitgliederdatei gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an: **MFP e. V. Mitgliederbetreuung c/o Inga Larsson, Neue Str. 19, 21702 Ahlerstedt-Kakerbeck** – Bitte teilen Sie uns alle Änderungen zu den gemachten Angaben unaufgefordert mit.

Tag der Aufnahme

Bemerkungen

* inklusive Titel und akademische Grade



Verein für mecklenburgische Familien- und Personengeschichte e.V.

Zusatz zum Antragsformular

Sehr geehrtes Neumitglied,

aus datenschutzrechtlichen Gründen können Neumitglieder künftig nur dann in unseren (auch im Buchhandel erhältlichen) Vereins-Mitteilungsheften vorgestellt werden, wenn diese dem vorher

ausdrücklich und schriftlich

zustimmen.

Wir möchten Sie daher bitten, uns mitzuteilen, ob Sie einer **einmaligen** Vorstellung Ihrer Person nebst Such-/ Interessengebieten usw. im kommenden Mitteilungsheft ganz oder teilweise zustimmen.

Ich stimme einer vollständigen oder teilweisen Veröffentlichung meiner im folgenden angegebenen Daten im kommenden Mitteilungsheft zu:

Ja Nein

Vorname, Name, Mitgliedsnummer:

Meine Anschrift veröffentlichen?:

Ja Nein

Meine Telefonnummer(n) veröffentlichen?

Ja Nein

Meine E-Mail-Adresse veröffentlichen?

Ja Nein

Wo liegt Ihr Interessengebiet? (Familien-, Personen-, Heimatgeschichte, Berufsstände, Wappenkunde etc.)

Welche Familiennamen oder Personen sind für Sie interessant? Auf welche Gebiete bezieht sich Ihr Interesse? (geben Sie bitte bei den Familiennamen möglichst die zugehörigen Orte in Klammern an, z.B. Schröder (Rostock, Güstrow); Müller (Kritzkow) usw.)

Verfügen Sie über wichtige genealogische Unterlagen? (ggf.: welche)

Benutzen Sie für Ihre Arbeiten ein Genealogie-Programm? Wenn ja, welches?

Haben Sie bereits genealogische Arbeiten – bzw. Arbeiten entsprechend Ihres Interessengebietes – veröffentlicht? (Bitte mit vollständigem Titel angeben):

Sind Sie in anderen familiengeschichtlichen Vereinen Mitglied?

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten wie von mir in diesem Formular angegeben ggf. im Vereins-Mitteilungsblatt einmalig veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Raiffeisenbank eG

SEPA-Lastschriftenmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftenverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Verein für mecklenburgische Familien-
und Personengeschichte e. V.
Tellow 15
17168 Warnkenhagen OT Tellow

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE43ZZZ00000535023

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftenmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Verein für mecklenburgische Familien- und Personengeschichte e. V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Verein für mecklenburgische Familien- und Personengeschichte e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift