

# Mitgliedsantrag

Ich betrage meine/unsere Aufnahme als Mitglied in den Verein der Freunde des Museums Europäischer Kulturen e.V.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Partner: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

# MEK FREUNDE

## Mitgliedsbeitrag pro Kalenderjahr

- 25€ Schüler/Studenten und Erwerbslose  
gegen Vorlage ihrer Bescheinigung
- 120€ (Ehe-)Paare
- 80€ Einzelperson
- 100€ juristische Personen

Der Jahresbeitrag für ein Kalenderjahr (Mitgliedsausweis gültig bis zum 31. März des Folgejahres) ist zahlbar jeweils bis zum 1. März des Folgejahres. Soll der Betrag von Ihrem Konto eingezogen werden, füllen Sie bitte das unten stehende SEPA-Lastschriftmandat aus.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein der Freunde des Museums Europäischer Kulturen e.V. den Mitgliedsbeitrag von meinem/unsere(m) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein der Freunde des Museums Europäischer Kulturen e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich/wir werde(n) den entsprechenden Mitgliedsbeitrag auf das nebenstehende Konto überweisen und erhalte nach Eingang der Zahlung den Mitgliedsausweis.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Verein der Freunde des Museums  
Europäischer Kulturen e.V.**

### Kontakt

Im Winkel 6/8, 14195 Berlin

Telefon: 030 821 86 19

Telefax: 030 266 42 6804

info@mekfreunde.de

### Vertreten durch

Prof. Dr. Wolfgang Kaschuba, 1. Vors.

Dr. Irene Ziehe, 2. Vors.

### Spendenkonto

Postbank Berlin

BIC: PBNKDEFFXXX

IBAN: DE94 1001 0010 0441 2311 02