



Antrag auf Mitgliedschaft / Application for membership

Ich möchte Mitglied im Edvard-Munch-Haus e.V. werden.

I would like to become a member of the Edvard-Munch-Haus e.V.

- ☐ **Einzelmitgliedschaft / Individual membership**
(Mitgliedsbeitrag/Membership fee: 80,00 Euro/Jahr/Year).
- ☐ **Mitgliedschaft für Einzel- bzw. Partnerschaftsunternehmen / Corporate membership (sole proprietor / Civil law company)**
(Mitgliedsbeitrag/Membership fee: 250,00 Euro/Jahr/Year).
- ☐ **Firmenmitgliedschaft (juristische Person) / Corporate membership (legal entity)**
(Mitgliedsbeitrag/Membership fee: 500,00 Euro/Jahr/Year).

Firma/Institution/
Company:

Name/Surname:

Vorname/First Name:

Beruf/Profession:

Straße/Address:

PLZ/Postal Code:

Telefon / Phone:

Mail:

Mit meiner Unterschrift erkenne(n) ich/wir Satzung und Jahresbeitrag des Edvard-Munch-Haus e.V. an.

With my signature, I/we acknowledge the statute and annual membership fee of the Edvard-Munch-Haus e.V.

Datum / Unterschrift – Date / Signature

Mit obiger Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass der Edvard-Munch-Haus e.V. mir Vereinsinformationen und Einladungen per Mail zuschickt. / *By signing above, I agree that the Edvard-Munch-Haus e.V. may send me association information and invitations by email.*

Bitte ebenfalls ausfüllen: Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Vorstand des Edvard-Munch-Haus e.V. meinen Mitgliedsbeitrag für den Verein bis auf Widerruf von dem unten bezeichneten Konto per Lastschrift einzuziehen. Mir ist bekannt, dass ich diese Ermächtigung jederzeit widerrufen kann. Auch kann ich jeder Lastschrift innerhalb von 6 Wochen nach Buchung widersprechen; dann wird der Betrag wieder meinem Konto gutgeschrieben. Eine evtl. fällige Gebühr für die Rücklastschrift werde ich übernehmen.

Please fill in as well: **Direct debit authorisation**

I hereby authorise the Board of the Edvard Munch Haus e.V. to collect my membership fee for the association by direct debit from the account specified below until revoked. I am aware that I can revoke this authorisation at any time. I can also object to any direct debit within 6 weeks of it being made; the amount will then be credited back to my account. I will pay any fee due for the return debit note.

Name (Surname), Vorname (First Name):

IBAN: BIC:

Ort (Residence), Datum (Date):

Unterschrift (Signature):