

LEIBNIZ-INSTITUT  
für interdisziplinäre Studien e.V. (LIFIS)



---

**Antrag zur Aufnahme als Mitglied**

Zur meiner Person: Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Akadem. Titel \_\_\_\_\_

Fachrichtung(en) \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Mobilfon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Ich bin bereit, die Satzung des LIFIS gewissenhaft einzuhalten sowie nach besten Kräften zum Wohle des LIFIS beizutragen

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Bitte beteiligen Sie sich am Einzugsermächtigungsverfahren, dem rationellstem Weg der Beitragszahlung. Sie tragen damit zur Kostenersparnis bei und ermöglichen eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes. Die Teilnahme am Einzugsverfahren können Sie jederzeit widerrufen. – Alle hier erhobenen Daten werden unter Beachtung des Datenschutzes ausschließlich für Zwecke des LIFIS verwendet.*

**Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige das LIFIS, die für mich fälligen jährlichen Mitgliedsbeiträge unter Angabe des Verwendungszwecks von meinem folgenden Konto abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Bank

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift