

Der Vorsitzende
Prof. Dr. Jörg Kreiker

Hochschule Fulda - Fachbereich AI
Leipziger Str. 123 - 36037 Fulda

Tel. (0661) 9640-3000 | Fax. (0661) 9640-3009
E-Mail: fai@informatik.hs-fulda.de



➤ Antrag zur Aufnahme als Mitglied

Name, Vorname: _____ Titel, akad. Grad: _____
Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____ Geb.-Datum: _____

Ich bin Student/in Absolvent/in Professor/in Mitarbeiter/in Freund/in
des Fachbereichs.

Studium: Diplom AI Schwerpunkt WI MI TK
 Bachelor AI Schwerpunkt WI MI TK/IE ES
 Bachelor DM
 Bachelor GT
 Bachelor WIN
 Master eBusiness
 Master GSD
 Master AI mit Schwerpunkt IN MHCI WI
 Sonstiges: _____ , ggf. Ort: _____
Abschlussjahr: _____

Eintritt in den Fachbereich AI: _____ Telefon: _____
Firma: _____ PLZ, Ort: _____
Straße, Haus-Nr.: _____

Der Jahresbeitrag beträgt für Mitglieder **25,00 €**. Für Mitglieder, die sich im Studium befinden **8,50 €**. Dieser Beitrag ist aufgrund der vom Finanzamt Fulda anerkannten Gemeinnützigkeit steuerlich absetzbar.

Ort, Datum, Unterschrift



➤ Antrag zur Aufnahme als Mitglied

Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Die in dieser Beitrittserklärung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift und Bankdaten, werden vom Verein auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhoben. Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck der Verwaltung und Organisation ihrer Mitgliedschaft und der Mitgliedsbeiträge sowie im Rahmen des Veranstaltungsmanagements zur Führung von Teilnehmer- und Wartelisten, den Versand von Einladungs-, Bestätigungs-, Erinnerungs- sowie Informations-mails bzw. -briefen und die interne Auswertung der Veranstaltungen des FAI e. V., verarbeitet.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage des FAI e. V. unter:
www.informatik.hs-fulda.de/fai

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75FAI00001434995, Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger FREUNDE DES FACHBEREICHS ANGEWANDTE INFORMATIK DER HOCHSCHULE FULDA e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger FREUNDE DES FACHBEREICHS ANGEWANDTE INFORMATIK DER HOCHSCHULE FULDA e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber/in: _____

Bank: _____

IBAN: DE

BIC: _____

Ort, Datum, Unterschrift