

**Bitte alle Felder ausfüllen, damit der Antrag bearbeitet werden kann,  
und das englischsprachige Formular vollständig ausgefüllt beilegen.  
BITTE HABEN SIE VERSTÄNDNIS FÜR DIE BEARBEITUNGSZEIT VON 6 – 8 WOCHEN.**

Rentner bzw. Beamte im Ruhestand können Mitglied bei ICOM werden, wenn sie unmittelbar vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben mindestens 5 Jahre in einem Museumsberuf tätig waren.

Sie können bei ICOM den Status „Retired Professional“ (im Ruhestand) erlangen und zahlen den ermäßigten Mitgliedsbeitrag, wenn sie 5 Jahre den regulären Beitrag gezahlt haben.

Der Geschäftsstelle ist eine Kopie des Rentenausweises bzw. der Ruhestandsurkunde vorzulegen.

Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum

**Postanschrift**

Straße / PLZ / Ort:

E-Mail:

Tel. / Fax:

**Letzte Dienststellung und ausgeübte Tätigkeit**

**Letzte Dienstanschrift**

**Wenn Sie *selbständig, freiberuflich* oder *ehrenamtlich* tätig waren, sind dem Antrag unbedingt Erläuterungen und Nachweise zum Museumsbezug und Umfang dieser Tätigkeit dem Antrag beizulegen (z. B. Kopien der letzten Aufträge bzw. Verträge)!**

**Bitte 1-4 unbedingt vollständig ausfüllen, sonst erfolgt keine Bearbeitung des Antrags!**

**Angaben zum letzten Beschäftigungsverhältnis:**

1. Beschäftigungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
2. Vollzeit  Teilzeit  wenn Teilzeit, wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_
3. ehrenamtlich  wenn ehrenamtlich, wie viele Stunden pro Woche mit Museumsbezug? \_\_\_\_\_
4. selbständig  wenn selbständig, wie viele Stunden pro Woche mit Museumsbezug? \_\_\_\_\_

Ich war schon einmal Mitglied: JA  Land: \_\_\_\_\_ Mitgliedskarte vorhanden: JA  NEIN

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:** Die Mitgliedschaft gilt jährlich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember. Bei Aufnahme wird der Jahresbeitrag für das laufende Jahr fällig. Anträge auf Mitgliedschaft, die nach dem 30. September eines Jahres gestellt werden (es gilt das Datum der Unterschrift), werden ab dem 1. Januar des folgenden Jahres gültig, sofern es nicht anders vereinbart ist.

Ihre hier angegebenen Daten werden zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und –service durch ICOM Deutschland bis auf Widerruf gespeichert und verarbeitet. Sie können sich jederzeit bei uns über Ihre Daten informieren und eine Löschung oder Berichtigung beantragen.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass ICOM Deutschland Ihnen Unterlagen bezüglich Ihrer Mitgliedschaft, sowie Informationen zu Aktivitäten des Verbandes (Newsletters, Publikation u.a.) senden darf. Dieser Einwilligung können Sie jederzeit widersprechen. Ausführliche Angaben über die Datenspeicherung finden Sie auf unserer Homepage.

**Beitragszahlung:**

Die Zahlung der Mitgliedsbeiträge erfolgt per Lastschrifteinzug. Nutzen sie dazu bitte das SEPA-Lastschriftmandat im unteren Abschnitt dieses Formulars. Sollten sie kein Lastschriftmandat einrichten können, kontaktieren sie bitte die ICOM-Geschäftsstelle um andere Zahlungsmodalitäten zu vereinbaren.

**Ich versichere, dass ich mit Gegenständen des Kultur- und Naturerbes keinen Handel treibe.  
Ich stimme den „Ethischen Richtlinien für Museen“ von ICOM zu und verpflichte mich diesen.  
Ich werde die Geschäftsstelle von ICOM Deutschland informieren, wenn sich mein beruflicher Status ändert und mit den oben genannten Aufnahmebedingungen nicht mehr vereinbar ist.**

Datum	Unterschrift



### SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT

ICOM Deutschland e. V., Schönhauser Allee 163, 10435 Berlin, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000084686

**Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer):**

Ich ermächtige ICOM Deutschland, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ICOM Deutschland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Im Falle einer Rücklastschrift, die auf eine nicht angezeigte Änderung der Bankdaten oder auf eine Nichtdeckung des Kontos zurückzuführen ist, sind die daraus entstehenden Gebühren von mir zu tragen.

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.

Name und Vorname Kontoinhaber/in: .....

Adresse: .....

Name des Kreditinstituts: .....

BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ IBAN: DE \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

**Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit (Name und Vorname des Mitglieds, wenn abweichende/r Kontoinhaber/in):** .....

Ort, Datum: ..... Unterschrift Kontoinhaber/in: .....