

**Bitte alle Felder ausfüllen, damit der Antrag bearbeitet werden kann.
BITTE HABEN SIE VERSTÄNDNIS FÜR DIE BEARBEITUNGSZEIT VON 6 – 8 WOCHEN.**

Hiermit beantrage ich die

- Reguläre Mitgliedschaft (Regular, voting) Mitgliedschaft für Studierende und wissenschaftliche Volontäre (Student, non-voting)*
 Fördernde Mitgliedschaft (Supporting, non-voting) Mitgliedschaft im Ruhestand (Retired Professional, voting)*

Weitere Informationen (bitte wenden) zur Mitgliedschaft und zu den Aufnahmebedingungen finden Sie unter www.icom-deutschland.de.

Name, Vorname, Titel



Geburtsdatum

Dienst- und zugleich Postanschrift

Name der Institution:

Straße / PLZ / Ort:

E-Mail:

Tel. / Fax:

Dienststellung und ausgeübte Tätigkeit

Ich arbeite in einem Museum/ museumsnahen Institution / Universität

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:

1. unbefristet befristet wenn befristet, bis wann?

2. Vollzeit Teilzeit wenn Teilzeit, wie viele Stunden pro Woche?

Ich bin selbständig / freiberuflich tätig

und arbeite Stunden pro Woche mit Museumsbezug

Ich bin ehrenamtlich tätig

mit Stunden pro Woche mit Museumsbezug

Ich bin Student / wissenschaftlicher Volontär

des Studienfachs

Eine Studienbescheinigung des ___ Fachsemesters
WS/SoSe 20___ liegt dem Antrag bei.

der Restaurierung und lege eine Bestätigung über das
abgeschlossene Praktikum in einem Museum von mindestens
12 Wochen dem Antrag bei.

Eine Kopie des Volontariatsvertrags liegt dem Antrag bei.

Ich bin im Ruhestand

letzte Tätigkeit:

letzter Dienort:

Beschäftigungszeitraum:

Dem Antrag unbedingt **Erläuterungen** und **aktuelle Nachweise** zum Museumsbezug und Umfang dieser Tätigkeit dem Antrag
beilegen (**Kopien aktueller Aufträge bzw. Verträge**)!

Privatanschrift

Straße / PLZ / Ort:

E-Mail:

Tel. / Fax:

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: