

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Alumninetzwerk wiconnect

**Der Jahresbeitrag beträgt für Absolventen mind. €25**

(Studierende sind gemäß Beschluss des Vorstandes bis auf weiteres von den Beiträgen befreit)

### Name und Anschrift:

Name/Vorname: .....

Adresse privat: .....

Telefon privat: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Arbeitgeber(in) .....

Adresse: .....

Telefon dienstl.: ..... Fax: ..... E-Mail: .....

Position: .....

Student/in:  ja  nein Geburtsdatum: .....

Studiengang: ..... Studienbeginn: .....

Absolvent/-in des Studienganges: ..... Abschlussdatum: .....

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch erfasst werden und alle rechtsverbindlichen Erklärungen, insbesondere auch die Einladungen zu den Mitgliederversammlungen und die Zusendung der Newsletter per E-Mail erfolgen darf. Sie sollen an**

die o.g. persönliche E-Mail-Adresse  die o.g. dienstliche E-Mail-Adresse

gesandt werden. **Änderungen werden dem Verein mitgeteilt!**

ich bin mit dem E-Mail-Versand nicht einverstanden

Datum: ..... Unterschrift: .....

Infos zum Verein:

Das Seminarprogramm finden Sie im Internet unter:  
<https://www.hs-osnabrueck.de/de/studiumplus/>

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Alumni Verein Wiconnect Gläubiger-Identifikationsnummer **DE58ZZZ000001319095** Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Die Mandatsreferenz lautet:

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Alumni Verein Wiconnect auf mein (unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Ich ermächtige den Verein den fälligen Mitgliedsbeitrag per SEPA-Lastschrift von meinem Konto abzubuchen.**

**Für Absolventen: Ich zahle jährlich \_\_\_\_\_ Euro Mitgliedsbeitrag (mind. 25 €).**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (wir ermächtigen)

**wiconnect e.V.**

---

Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von

**wiconnect e.V.**

---

auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name/Vorname: .....

Bank/Geldinstitut: .....

IBAN: .....

BIC: .....

Datum: .....Unterschrift: .....

Bitte senden Sie das Formular an:

**wiconnect** Alumni der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück e.V.,  
Caprivistr. 30a, 49076 Osnabrück,  
Fax : 0541/969-2989, Tel.: 0541/969-2011/-3118, E-Mail: alumni-wiconnect@hs-osnabrueck.de