

Antrag auf Mitgliedschaft in der

Vereinigung für Allgemeine und Angewandte Mikrobiologie



zurück per Mail an: mail@vaam.de

oder an VAAM-Geschäftsstelle, Mörfelder Landstraße 125, 60598 Frankfurt/Main

Mitgliedsnummer (vergift Geschäftsstelle): _____

Vorname/Name: _____ **Anrede:** _____ **Titel:** _____

Ich bitte, mich als Mitglied in die VAAM aufzunehmen:

Status:

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| Ordentliches Mitglied | ☐ (70.-€) | |
| Doppelmitglieder GBM, DGHM, Dechema | ☐ (60.-€) | Mitgliedsnummer GBM, DGHM, Dechema: _____ |
| Pensionäre und Rentner | ☐ (45.-€) | |
| Studentische Mitglieder, arbeitssuchend | ☐ (25.-€) | |

_____, den _____ **Unterschrift:** _____

Nur für Studentische Mitglieder:

Studium:

Fachrichtung: _____

Studienbeginn : _____

Bachelorstudium ☐ vor. Ende _____

Masterstudium ☐ vor. Ende _____

Promotionsstudent ☐ vor. Ende _____

Um den längerfristigen Studentenstatus zu erhalten, muss der betreuende Hochschullehrer den voraussichtlichen Abschlusstermin bestätigen.

Voraussichtlicher Abschluss (Jahr) : _____

Name _____
(des Hochschullehrers)

Unterschrift: _____
(des Hochschullehrers)

Ich möchte in folgenden Fachgruppen der VAAM mitarbeiten:

- | | |
|--|---|
| ☐ Archaea | ☐ Lebensmittelmikrobiologie (gemeinsam mit der DGHM) |
| ☐ Biologie der Naturstoffproduzenten | ☐ Mikrobielle Zellbiologie |
| ☐ Biotransformationen (gemeinsam mit der Dechema) | ☐ Mikrobielle Pathogenität (gemeinsam mit der DGHM) |
| ☐ Biologie und Biotechnologie der Pilze | ☐ Qualitätssicherung und Diagnostik |
| ☐ Cyanobakterien | ☐ Regulation und Signaltransduktion in Prokaryoten |
| ☐ Funktionelle Genomanalyse | ☐ Symbiotische Interaktionen |
| ☐ Hefen | ☐ Umweltmikrobiologie |
| ☐ Identifizierung und Systematik | ☐ Wasser/Abwasser |

Persönliche Daten:Anrede: ☐ Frau ☐ Herr

Name: _____

Vorname: _____

Akadem. Titel: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Privatanschrift:

Straße: _____ Postfach: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____ Tel: _____

Dienstanschrift:

Institution (Universität, Firma, MPI, Sonst.) _____

Institut, Klinik, Abteilung _____

Straße: _____ Postfach: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____ Tel: _____

Versand von Unterlagen an☐ Dienst-

oder

☐ Privatanschrift**Zahlungsmodus:** **SEPA-Lastschrift** ☐ Kreditkarte* ☐ Überweisung ** ☐

* Kreditkartenzahlungen sind nur für im außereuropäischen Ausland lebende Mitglieder ohne Girokonto in Deutschland möglich.

** Überweisungen sind nur in Ausnahmefällen möglich. Hierfür fallen 10.-Euro Überweisungsgebühr an.

Bankverbindung:

Bankname: _____

Bankort: _____

IBAN: _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Kontoinhaber: _____

BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _

Kreditkarte: Master/Eurocard ☐Visacard ☐

Nummer: _____

Karteninhaber: _____ Gültig bis (MM/JJ) ____ ____

Kartenprüfnummer (die letzten 3 Ziffern auf der Rückseite der Karte im Unterschriftsfeld) _____

Die Gläubiger - Identifikationsnummer der VAAM lautet: DE27ZZZ00000577312

Hiermit ermächtige ich die VAAM widerruflich, ab sofort meine Mitgliedsbeiträge von oben angegebenem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VAAM auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Ort: _____ Datum: _____ **Unterschrift:** _____