

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:

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

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:** _____