



# Antrag auf Mitgliedschaft in der Vereinigung für Allgemeine und Angewandte Mikrobiologie e.V.

zurück per Mail an => [mail@vaam.de](mailto:mail@vaam.de)  
oder an VAAM-Geschäftsstelle, Mörfelder Landstraße 125, 60598 Frankfurt/Main

Mitgliedsnummer (vergift Geschäftsstelle): \_\_\_\_\_

Vorname/  
Name: \_\_\_\_\_ Anrede: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

=>BITTE in Blockschrift ausfüllen!

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied in die VAAM

### Mitgliederstatus:

Ordentliches Mitglied  (95.-€ /Jahr)  
 Doppelmitglied GBM, DGHM, Dechema  (80.-€ /Jahr) Mitgliedsnr. GBM, DGHM, Dechema: \_\_\_\_\_  
 Pensionär oder Rentner  (55.-€ /Jahr)  
 Studentisches Mitglied  (30.-€ /Jahr)

### Nur für Studentische Mitglieder:

Bachelorstudium  Masterstudium  Promotion

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

Voraussichtlicher Abschluss (Jahr): \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
(des Hochschullehrers)

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(des Hochschullehrers)

### Persönliche Daten:

Anrede:  Frau  Herr  
 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Akad. 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

**Optional: Ich möchte in folgenden Fachgruppen der VAAM mitarbeiten (max. 3 Angaben):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Archaea   | <input type="checkbox"/> Mikrobielle Zellbiologie                          |
| <input type="checkbox"/> Biologie der Naturstoffproduzenten              | <input type="checkbox"/> Mikrobielle Pathogenität (gemeinsam mit der DGHM) |
| <input type="checkbox"/> Biotransformationen (gemeinsam mit der Dechema) | <input type="checkbox"/> Mikrobielle Viren                                 |
| <input type="checkbox"/> Biologie und Biotechnologie der Pilze           | <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement                               |
| <input type="checkbox"/> Cyanobakterien                                  | <input type="checkbox"/> Regulation  |
| <input type="checkbox"/> Funktionelle Genomik und Bioinformatik          | <input type="checkbox"/> Synthetische Mikrobiologie                        |
| <input type="checkbox"/> Identifizierung und Systematik                  | <input type="checkbox"/> Symbiotische Interaktionen                        |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelmikrobiologie (gem. m. DGHM)        | <input type="checkbox"/> Umweltmikrobiologie                               |
| <input type="checkbox"/> Mikrobiom                                       | <input type="checkbox"/> Wasser/Abwasser                                   |
|  | <input type="checkbox"/> Weltraummikrobiologie                             |

**Zahlungsmodus:** SEPA-Lastschrift  Kreditkarte\*  Überweisung\*\*

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

\*\* Überweisungen sind nur in Ausnahmefällen gestattet. Es fallen 10.-Euro Bearbeitungsgebühr 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) \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung:** 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. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Die Gläubiger - Identifikationsnummer der VAAM lautet: DE27ZZZ00000577312**

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:** Ich willige ein, dass meine Daten von der VAAM e.V. zur Verwaltung der Mitgliedschaft gespeichert und ausschließlich zur Verwirklichung der Satzungszwecke (z.B. Organisation der Jahrestagung) an Dritte (z.B. einer Kongressagentur) weitergegeben dürfen. Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) erhoben, verarbeitet und genutzt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

VAAM e.V., Mörfelder Landstraße 125, 60598 Frankfurt am Main, E-Mail: info@vaam.de.

Ich bestätige hiermit, dass ich mit der Einwilligungserklärung einverstanden bin und auch die in der VAAM-Satzung hinterlegten Kündigungsfristen und Zahlungsmodalitäten zur Kenntnis genommen habe.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_