Antrag auf Mitgliedschaft in der
Deutschen Gesellschaft für System Dynamics e.V.
(Bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben)

Anrede: ❑ Frau ❑ Herr **Titel:** ❑ Dr. ❑ Prof. Dr. **✓Geburtsdatum:** ________________________

Nachname: ______________________________ **Vorname:** ___________________________________

Adresse: ❑ privat ❑ dienstlich **Angabe zur Dienst- / Unternehmensadresse:**____________________

____

Straße: ____

PLZ: ________ **Ort:** ___________________________ **Land:** _________________________

E-Mail: ___________________________________ **✓Mobil:** ____________________________________

✓Festnetz: ________________________________ **✓Fax:** ______________________________________

Bezug zu System Dynamics: ❑ Wissenschaft ❑ Lehre ❑ Beratung ❑ Unternehmen (nicht Beratung)
❑ Doktorand/in ❑ Student/in (nicht Doktorand/in)

Art der Mitgliedschaft: ❑ reguläre Mitgliedschaft (€ 25,- pro Jahr)
❑ Schüler/in; Student/in (€ 15,- pro Jahr; wird nur mit Nachweis gewährt)

Mitglied in der Internationalen System Dynamics Society? ❑ ja ❑ nein

Ich erkenne die Satzung der Deutschen Gesellschaft für System Dynamics e.V. – im Folgenden DGSD genannt - an. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben zum Zwecke der Vereinsverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Es dürfen keinerlei personenbezogene Informationen durch den Verein an Dritte weitergegeben werden. Die Weitergabe an die internationale System Dynamics Society im Rahmen gegebenenfalls bestehender Berichtspflichten des Vereins ist davon ausgenommen und ausdrücklich erlaubt. Die Mitgliedschaft beginnt satzungsgemäß nach Zustimmung des Vorstands und mit dem Eingang des Mitgliedsbeitrages auf das Vereinskonto der DGSD. Bitte überweisen Sie den ersten Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto der DGSD:
IBAN DE64 6705 0505 0038 6485 00, **BIC** MANSDE66XXX
Für die folgenden Beitragszahlungen während meiner Mitgliedschaft erteile ich das untenstehende SEPA-Lastschriftmandat.

______________________________ ______________________________
Ort, Datum Unterschrift

∞∞

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT
Gläubiger-Identifikationsnummer der DGSD: DE35ZZZ00001349191
Ich ermächtige die DGSD Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGSD auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
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.

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BIC | | | | | | | | | | |

Kreditinstitut | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kontoinhaber/in | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

______________________________ ______________________________
Ort, Datum Unterschrift

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt. ✓ *freiwillige Angaben*