

Ich/wir erkläre(n) meinen/unseren Beitritt zur Gottfried-Wilhelm-Leibniz-Gesellschaft

Name:

Institution:

Postanschrift:

E-Mail:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Ich/wir ermächtige(n) die Gottfried-Wilhelm-Leibniz-Gesellschaft hiermit widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen in Höhe von 35,- (ermäßigt 17,50) € jährlich (institutionelle Mitgliedschaften 200,- € jährlich) bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

IBAN:

BIC:

durch Lastschrift einzuziehen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte senden Sie dieses Formular zurück an:

Gottfried-Wilhelm-Leibniz-Gesellschaft
Waterloostr. 8
30169 Hannover
Deutschland

Falls Sie per E-Mail eintreten möchten, besuchen Sie uns bitte auf
www.Gottfried-Wilhelm-Leibniz-Gesellschaft.de/Antraege/