ICH MÖCHTE MITGLIED BEI FREELENS E.V. WERDEN

- ○ **310,00 €** Fotograf*in inkl. Rechtsschutz
- ○ **185,00 €** Berufsanfänger*in inkl. Rechtsschutz
- ○ **122,50 €** Fotostudent*in & Azubi inkl. Rechtsschutz
- ○ **62,50 €** Fotostudent*in & Azubi ohne Rechtsschutz
  (Regelmäßiger Nachweis des Studierendenstatus durch Vorlage der Studienbescheinigung)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Website

Urh.-Nr. VG Bild-Kunst

Ort, Datum

Unterschrift / digitale Signatur

Der Beitritt kann zu einem beliebigen Datum erfolgen - das Kalenderjahr ist nicht das Mitgliedsjahr. Die Mitgliedschaft kann drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Mitgliedsjahres schriftlich gekündigt werden. Datenschutz nehmen wir sehr ernst, Details dazu unter: **freelens.com/datenschutz**

LASTSCHRIFTMANDAT

FREELENS e.V. • Alter Steinweg 15 • 20459 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04ZZZ00000675017

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger FREELENS e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger FREELENS e.V. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Zahlungsweise: ◯ jährlich ◯ halbjährlich

Name, Vorname (Kontoinhaber*in)

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift / digitale Signatur

Bitte das Formular per E-Mail an: **post@freelens.com** oder per Post an oben angegebene Adresse.