

# ICH MÖCHTE MITGLIED BEI FREELENS E.V. WERDEN

- 310,- Euro** Fotograf\*in inkl. Rechtsschutz
- 120,- Euro** Fotostudent\*in inkl. Rechtsschutz
- 70,- Euro** Fotostudent\*in ohne Rechtsschutz

Hinweis: Nachweis des Studierendenstatus durch regelmäßige Vorlage der Studienbescheinigung.

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Land

Telefon

Mobil

E-Mail

Website

Urheber-Nr. VG Bild-Kunst

**Ort, Datum**

**Unterschrift** (Bitte per digitaler oder Original-Unterschrift)

**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 befinden sich unter: [freelens.com/datenschutzerklaerung](https://freelens.com/datenschutzerklaerung)

Bitte das ausgefüllte Formular per E-Mail an: [post@freelens.com](mailto:post@freelens.com)  
oder per Post an: **FREELENS e.V. · Alter Steinweg 15 · 20459 Hamburg**

# 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

Ich wünsche die Zahlungsweise:  jährlich  halbjährlich

Vorname und Name (Kontoinhaber\*in)

Kreditinstitut

IBAN

BIC

**Ort, Datum**

**Unterschrift** (Bitte per digitaler oder Original-Unterschrift)