

# Aufnahmeantrag

(bitte ausgefüllt und unterschrieben an [info@fidar.de](mailto:info@fidar.de) schicken)

Ich beantrage die Aufnahme in den Verein Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.

---

\* Name, Vorname

---

Geburtsdatum/-jahr

---

\* Beruf, Firma, Position

---

\* Private Anschrift

---

\* Telefon (privat)

---

\* E-mail – Adresse (privat)

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 200,00 € wird jährlich zum 31. März per Lastschrift (SEPA) eingezogen.

Bei Neumitgliedern werden Mitgliedsbeitrag (200,00 €) und das einmalige Aufnahmeentgelt in Höhe von 50,00 € spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Aufnahme per Lastschrift eingezogen. Die Spendenbescheinigung wird Ihnen jeweils im Dezember des laufenden Jahres zugeschickt.

## Ergänzende Angaben:

\* Was ist Ihre Motivation für eine FidAR Mitgliedschaft?

---

---

---

---

---

---

\*Alle mit \* markierten Felder sind Pflichtausfüllfelder

Mitgliedschaft in Aufsichts-, Verwaltungs- oder Beiräten:

---

Mitgliedschaft in relevanten Wirtschafts- oder Berufsverbänden:

---

Mitgliedschaft in Frauenverbänden und –netzwerken:

---

\* Wir bitten Sie, uns zwei FidAR -Mitglieder, die Ihren Mitgliedsantrag unterstützen, als Referenzpersonen zu benennen.

Sollten Sie bisher keine Mitglieder von FidAR kennen, wird Sie ein Vorstandsmitglied für ein persönliches Gespräch kontaktieren, bevor wir über den Mitgliedsantrag entscheiden.

---

---

Bitte ankreuzen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten in einem passwortgeschützten Mitgliederbereich auf der Homepage von FidAR e.V. veröffentlicht werden.

Die Datenschutzerklärung von FidAR e.V.

[https://www.fidar.de/webmedia/documents/Intern/Datenschutzerklaerung\\_FidAR\\_2022\\_neu.pdf](https://www.fidar.de/webmedia/documents/Intern/Datenschutzerklaerung_FidAR_2022_neu.pdf) habe ich gelesen und akzeptiert.

---

Ort, Datum, Unterschrift

\* Alle mit \* markierten Felder sind Pflichtausfüllfelder

**FidAR**

Frauen in die Aufsichtsräte e.V.

**SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate****Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Kurfürstendamm 61

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

10707 Berlin

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE87ZZZ00000564689

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:** **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment**  **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor adress**

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC des (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:  
(DD/MM/YYYY):

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Seit 1. Januar 2016 BIC nur noch für Zahlungsverkehr außerhalb EU/EWR notwendig.

Bitte den unterschriebenen und ausgefüllten Antrag an [info@fidar.de](mailto:info@fidar.de) senden.