

Association Internationale des Professeurs de Philosophie

(enregistrée à Bruxelles)

Déclaration d'adhésion - Beitrittserklärung
Application for membership

Je déclare mon adhésion à - Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur - I hereby apply
for membership of the

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES PROFESSEURS DE PHILOSOPHIE

Nom, Name , name

Prénom, Vorname, Christ. name.....

Adresse (vollständige, complète, full) address

.....
(Code postal, PLZ)

Adresse d'établissement - Dienstanschrift - address of Institution:

.....
E-Mail:

.....
Lieu et date - Ort und Datum - place and date

.....
Signature – Unterschrift

Wenn Sie Mitglied der AIPPh werden möchten, dann senden Sie bitte dieses Formular ausgefüllt
und unterschrieben zurück an:

If you want to become a member of the AIPPh, please send back this form filled in and signed to:

Si vous voulez être membre de l'AIPPh on vous prie de renvoyer cette fiche remplie et signée à:

Edgar Fuhrken, Seeadlerweg 10, D-24159 Kiel
PDF: FuhE.KI@aipph.de; FAX: +49 3222 3735376

Jahresbeitrag - membership fee - cotisation: Euro 15,00 ou (or) équivalent

Konten - comptes - accounts

SPARDA Bank Hannover e.G. Kto. 92 95 30,
BLZ: 250 905 00

POSTBANK Hannover, Kto. 1055 63 307
BLZ: 250 100 30

International - Euroländer

IBAN: DE40 2509 0500 0000 9295 30
BIC; GENODEF 1S09

IBAN: DE08 2501 0030 0105 5633 07
BIC: PBNKDEFF

Einzugsermächtigung

*Gültig nur für Bankkonten in
Deutschland - ab Ende 2009
auch in der Eurozone*

Hiermit ermächtige ich den Schatzmeister widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen für die "AIPPh." bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Nr.: _____

Kontoinhaber: _____

bei Kontoinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Zur Sicherheit des Kontoinhabers ist gesetzlich geregelt, dass für jede Lastschrift vom Kontoinhaber innerhalb von 6 Wochen die Rückbuchung verlangt werden kann. Sollte die Lastschrift mangels Kontodeckung nicht ausgeführt werden können oder nehmen Sie eine ungerechtfertigte Rückbuchung vor, so werden die dadurch entstehenden Buchungskosten durch die AIPPh von Ihnen zurückgefordert.

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Bitte senden Sie diese Einzugsermächtigung an: Edgar Fuhren, Seeadlerweg 10, 24159 Kiel
oder eingescannt als PDF an: FuhE.KI@aipph.de oder per FAX an: +49 32223735376