

Mitgliedsantrag und SEPA-Formular können Sie am Bildschirm ausfüllen.  
Bitte dann ausdrucken, unterschreiben und per Post an folgende Anschrift schicken  
(dieses Blatt passt in einen DIN-Lang-Fensterbriefumschlag):



SAGSAGA e.V.  
c/o ZMS DHBW Stuttgart  
Frau Birgit Zürn  
Paulinenstr. 50  
70178 Stuttgart  
DEUTSCHLAND

---

Sehr geehrte Frau Zürn,

anbei sende ich Ihnen

- meinen / unseren Mitgliedsantrag
- eine SEPA-Einzugsermächtigung

---

Mit freundlichen Grüßen,

---

## SAGSAGA-Mitgliedsantrag

Ja, ich möchte / wir möchten Mitglied in der SAGSAGA - Gesellschaft für Planspiele in Deutschland, Österreich und der Schweiz e.V. werden, und zwar als

- Personenmitglied
- ermäßigtes Personenmitglied (Nachweis ist beigelegt)
- Institutionenmitglied (bis 9 Mitarbeiter)
- Institutionenmitglied (ab 10 Mitarbeiter).

---

Name, Vorname (oder Ansprechpartner)\*

---

Institution

---

Straße, Hausnummer\*

---

PLZ, Ort\*

---

Land\*

---

Email\*

---

Telefon\*

---

Mobil

---

Fax

---

Webseite

\* Pflichtangaben

Den jährlichen Mitgliedsantrag möchte ich / möchten wir wie folgt bezahlen:

- per SEPA-Basislastschrift (bitte Seite 2 ausfüllen)
- per Rechnung.

Auf die SAGSAGA wurde ich / wurden wir aufmerksam durch:

---

Ich / Wir erhalten ab sofort auch den SAGSAGA-Newsletter.

Die Satzung, insbesondere den Vereinszweck gem. § 2 der Satzung, erkenne ich / erkennen wir an.

---

Ort, Datum

Unterschrift

## Erteilung eines SEPA-Basislastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42ZZZ00000565402

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird von SAGSAGA ausgefüllt)

Ich ermächtige den Verein SAGSAGA – Gesellschaft für Planspiele in Deutschland, Österreich und der Schweiz e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein SAGSAGA – Gesellschaft für Planspiele in Deutschland, Österreich und der Schweiz e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Persönliche Angaben:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers\*

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer\*

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort\*

\_\_\_\_\_  
Land\*

Angaben zur Bankverbindung:

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts\*

\_\_\_\_\_  
BIC\*

\_\_\_\_\_  
Kontonummer\*

\_\_\_\_\_  
IBAN\*

\* Pflichtangaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers