

## Mitgliedsantrag IT-Sicherheitscluster e. V.

### Antragssteller

Unternehmen/Organisation	
Gesetzlicher Vertreter	
Vertreter des Unternehmens/ der Organisation im Cluster	
Straße/Hausnummer	
Postleitzahl/Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Webseite	

### Angaben zur Organisation/zum Unternehmen Tätigkeitsschwerpunkte

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Produzierendes Unternehmen            | <input type="checkbox"/> Datenschutz                    |
| <input type="checkbox"/> Forschungseinrichtung/Hochschule/FH   | <input type="checkbox"/> Awareness                      |
| <input type="checkbox"/> Dienstleistung/Beratung/Ingenieurbüro | <input type="checkbox"/> Informationssicherheitsanalyse |
| <input type="checkbox"/> Verband/Verein/Kammer                 | <input type="checkbox"/> Beratung/Verkauf               |
| <input type="checkbox"/> Körperschaft öffentlichen Rechts      | <input type="checkbox"/> Pentesting                     |
| <input type="checkbox"/> Öffentliches Unternehmen              | <input type="checkbox"/> IoT/IIoT                       |
| <input type="checkbox"/> Sonstige                              | <input type="checkbox"/> Blockchain                     |
|  | <input type="checkbox"/> ISMS (ISIS12, ISA+)            |
|  | <input type="checkbox"/> Sonstige                       |

Bitte senden Sie für die Darstellung auf [www.it-sicherheitscluster.de](http://www.it-sicherheitscluster.de) Ihr

- Organisations-/Unternehmenslogo im .eps- oder .jpg-Format,
- eine kurze Organisations-/Unternehmensbeschreibung

an: [judith.strussenberg@it-sicherheitscluster.de](mailto:judith.strussenberg@it-sicherheitscluster.de)

## Mitgliedertypus

- Fördermitglied
- Gründungsunternehmen (jünger als drei Geschäftsjahre)
- Ordentliches Mitglied (älter als drei Geschäftsjahre)
- Hochschule/wissenschaftliche Einrichtung/Schule
- Doppelmitgliedschaft: aitiRaum e. V.
- Anwenderunternehmen/Anwenderorganisation (z. B. Kommunen)

## Gewünschte Zahlungsweise

- Rechnung
- Abbuchung/Lastschrift

## Rechnungsadresse

- Identisch mit Angaben auf Seite 1

Im Falle von Abweichungen

Unternehmen/Organisation

Ansprechpartner

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort/Postfach

E-Mail (elektronischer  
Rechnungsversand)

## Nur bei Abbuchung

Kontoinhaber	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den IT-Sicherheitscluster e. V. widerruflich, die von mir die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten des vorbenannten Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben

## Die Erklärung und Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und -speicherung bleibt einer gesonderten Regelung vorbehalten.

Die Satzung und Beitragsordnung wurden gelesen und werden anerkannt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben