

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 (ISA+) |
| <input type="checkbox"/> Verband/Verein/Kammer | <input type="checkbox"/> Beratung/Verkauf |
| <input type="checkbox"/> Körperschaft öffentlichen Rechts | <input type="checkbox"/> Pentesting |
| <input type="checkbox"/> Softwareentwicklung | <input type="checkbox"/> Smart City |
| <input type="checkbox"/> Öffentliches Unternehmen | <input type="checkbox"/> IoT/IoT/Smart Factory |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | <input type="checkbox"/> Blockchain |
| | <input type="checkbox"/> ISMS (CISIS12) |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Bitte senden Sie für die Darstellung auf www.it-sicherheitscluster.de Ihr

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

an: judith.strussenberg@it-sicherheitscluster.de

Mitgliedertypus

- Fördermitglied
- Gründungsunternehmen (jünger als drei Geschäftsjahre, reduzierter Beitrag: 200,-- Euro)
Gründungsjahr
- 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