

Beitrittserklärung



Eintrittsdatum: _____

Hermann Sorgen
Geschäftsführer

Ich/Wir beantrage/n hiermit meine/unsere Mitgliedschaft
in den Wirtschaftsverband Stadt Wadern e.V.

Postfach 1275
Marktplatz 13 • 66687 Wadern
Tel.: 0171 - 410 00 94
info@wvwadern.de
www.wvwadern.de

Name Firma/Betrieb: _____

Name/Vorname Inhaber/Geschäftsführer: _____

Straße Nr.: _____ Ort/Ortsteil: _____

Tel.-geschäftl.: _____ Tel. privat: _____

E-Mail: _____ Web-Adresse: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z.Zt. 160.- Euro jährl. inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer für Gewerbetreibende und Selbstständige. Die Fördermitgliedschaft (kein Gewerbe) beläuft sich auf 100,00 Euro jährlich inkl. gesetzlicher Mehrwertsteuer.

Der Beitrag ist halbjährlich (jeweils am 01.04. und 01.10. des Jahres) zahlbar.

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins, nachzulesen auf unserer Webseite. Diese erkenne/n ich/wir mit meiner/unsere(r) Unterschrift hiermit an.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Belange verwendet.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass unser Unternehmensname sowie die Kontaktdaten auf der Webseite des Wirtschaftsverbandes Stadt Wadern in einer Übersicht gelistet werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Der Wirtschaftsverband Wadern e.V. nutzt und verarbeitet die personenbezogenen Daten ausschließlich zur Vereinsverwaltung, Informationen über Veranstaltungen oder Veränderungen im Verein im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und während der Laufzeit der Mitgliedschaft.

SEPA-Lastschriftmandat (Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung)

Name des Zahlungsempfängers:
Wirtschaftsverband Wadern e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:
Postfach 1275, Marktplatz 13, 66687 Wadern

Gläubiger-Identifikationsnummer:
D E 5 6 Z Z Z 0 0 0 0 2 3 8 1 6 3

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen(A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen): _____

DE _____

BIC des Zahlungspflichtigen (max. 11 Stellen) _____

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

Ort, Datum:

Unterschrift: