

Beitrittserklärung



Eintrittsdatum: _____

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

Unterstraße 14
66687 Wadern
Telefon: 06871 / 7389
Handy: 0171 / 410 00 94

www.wwadern-weiskirchen.de
info@wwadern-weiskirchen.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.
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 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.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Der Wirtschaftsverband Wadern | Weiskirchen 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 | Weiskirchen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Unterstraße 14, 66687 Wadern

Gläubiger-Identifikationsnummer:

D E 5 6 Z Z Z 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: