

Handelsverband
Mittelrhein-Rheinhessen-Pfalz e.V.
Festplatzstr. 8

67433 Neustadt

(oder per Telefax: 06321/924231)

BEITRITTSERKLÄRUNG Mitgliedschaft für Vereinigungen

Hiermit erklären wir den Beitritt des untenstehenden Unternehmens
zum Handelsverband Mittelrhein-Rheinhessen-Pfalz e.V. gem. § 3 Ziffer 2 der Satzung

Firmenname: _____

Name des Vorsitzenden _____

Name des Geschäftsführers: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Anzahl der Mitglieder: _____

zu einem Jahresbeitrag in Höhe von _____ Euro

Wir wünschen den Rundschreiben-Empfang per E-Mail (empfohlen) Telefax

Die Satzung haben wir erhalten.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten, nämlich Namen, Kontaktdaten sowie sonstige im Rahmen der satzungsgemäßen Tätigkeiten des Handelsverbandes benötigte und anfallende Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Firmenstempel)

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger

Handelsverband Mittelrhein-Rhein Hessen-Pfalz e. V.
Festplatzstraße 8
67433 Neustadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE68ZZZ00000182657**

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger jährlich den Mitgliedsbeitrag in einer / zwei Monatsraten* von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

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

Zahlungspflichtiger

Firma: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort/Datum

Unterschrift

* Zutreffendes bitte ankreuzen