

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich/Wir beantrag(n) hiermit meine/unsere Mitgliedschaft im Verein „**Regionalrat Wirtschaft Landkreis Birkenfeld e. V.**“ und verpflichte(n) mich/uns zur Zahlung eines Jahresbeitrages von derzeit
EURO _____ Eintrittsmonat _____

Einzelperson

Name: Vorname:
Straße Telefon:
PLZ: Wohnort:
E-Mail:

Unternehmen / nichtgewerbliche Institution

Institution:
Name: Vorname:
Funktion: Telefon:
PLZ: Ort:
E-Mail:

Die Satzung des Vereins ist für jedes Mitglied verbindlich. Mit der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages erkenne(n) ich/wir die Satzung an.

Datenschutzerklärung:

Der Verein gibt meinen Namen und meine Adresse nicht an Dritte weiter. Mit meiner Unterschrift stimme/n ich/wir der Verwendung meiner/unsere(r) persönlichen Daten zu Vereinszwecken zu.

Der Regel-Jahresbeitrag beträgt zurzeit für

- | | |
|---|----------|
| ➤ Einzelpersonen | 60,-- € |
| ➤ Verbände/nichtgewerbliche Institutionen und selbständige Personen
sowie Freiberufler | 120,-- € |
| ➤ juristische Personen/Unternehmen | 300,-- € |

Einzugsermächtigung:

Mit einem Einzug des jeweiligen Jahresbeitrages zu Lasten meines Kontos

Kontoinhaber(in):
Kontonummer:
Name der Bank/Sparkasse:
Bankleitzahl:
Betrag:

bin ich/sind wir einverstanden.

Datum: Unterschrift:

Ihr Ansprechpartner:

Karl-Heinz Müller, 1.Vorsitzender, E-Mail: kh.mueller@landkreis-birkenfeld.de, Tel.: 06782/15-700

Raiffeisenbank „Nahe“ eG, Konto-Nr. 148160, BLZ: 562 617 35, IBAN: DE96562617350000148160, BIC: GENODED1FIN
Kreissparkasse Birkenfeld, Konto-Nr. 1107585, BLZ: 562 500 30, IBAN: DE09562500300001107585, BIC: BILADE55XXX

SEPA – Lastschriftmandat
(gültig ab 2014)

Name des Zahlungsempfängers
Regionalrat Wirtschaft Landkreis Birkenfeld e. V.

Straße und Hausnummer
Schlossallee 11

Postleitzahl und Ort
55765 Birkenfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE42ZZZ00000876481**

Mandatsreferenz-Nummer:

Zahlungsart
Wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger: Regionalrat Wirtschaft Landkreis Birkenfeld e. V. die fälligen Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (siehe oben) auf mein/auf unser Konto gezogenen Lastschriften 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.

Name des Zahlungspflichtigen Jahresbeitrag / Euro

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

IBAN des Zahlungspflichtigen BIC des Zahlungspflichtigen

Ort

Datum

Unterschrift