

ANTRAG MITGLIEDSCHAFT

MITGLIEDSDATEN

Unternehmen/Verein/Person:

Anschrift:

Ansprechpartner:

Position:

Telefon:

Email:

Die unter ‚Ansprechpartner‘ genannte Person gilt als stimmberechtigtes Mitglied bei den Mitgliederversammlungen.

Anzahl der Personen im Unternehmen/Verein:

0 - 10 Personen

11 - 50 Personen

51 - 100 Personen

über 100 Personen

Der jährliche Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der Anzahl der im Unternehmen beschäftigten Personen (Kopfzahl). Die Beiträge entnehmen Sie bitte der Beitragsordnung.

Zahlungsmodalitäten Mitgliedsbeitrag

Überweisung

SEPA-Lastschriftmandat

WEITERE KONTAKTPERSONEN FÜR DEN VERTEILER

Die folgend angegebenen Kontaktpersonen werden in den Verteiler aufgenommen und bekommen separate Benachrichtigungen zu Veranstaltungen sowie Informationen per E-Mail zugeschickt.

Name, Vorname:

Position:

Telefon:

Email:

Name, Vorname:

Position:

Telefon:

Email:

Name, Vorname:

Position:

Telefon:

Email:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Unternehmenskreis Oberland Region Weilheim e. V., bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und erkenne die Satzung sowie die Beitragsordnung an.

Ort/Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfänger:	
Unternehmerkreis Oberland Region Weilheim e. V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers:	
Straße und Hausnummer:	
Marienplatz 2-6	
Postleitzahl und Ort:	Land:
82362 Weilheim	Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer:	
DE47ZZZ00002018081	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
Die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen mit dem ersten Beitragseinzug auf dem Kontoauszug mit.	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Unternehmerkreis Oberland Region Weilheim e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Unternehmerkreis Oberland Region Weilheim e. V. auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.</p> <p>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.</p>	
Zahlungsart:	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*: *Angabe freiwillig	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	Land:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen):	BIC: (8 oder 11 Stellen):
Ort/Datum:	Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):