

Gremmendorf Angelmodde

G e w e r b e v e r e i n

Gewerbeverein Gremmendorf – Angelmodde e.V. * 48167 Münster

Beitrittserklärung

Ich bitte um Aufnahme in den

Gewerbeverein Gremmendorf – Angelmodde e.V.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Firma

Strasse, PLZ, Ort

E-Mail Adresse, Telefon

Mitgliedschaft Mitgliedsbeitrag z.Zt. 25,00 Euro / Monat (Einzug wie angegeben)

Zahlweise: halbjährlich (Vorauswahl) Jährlich

Den Jahresbeitrag ziehen Sie bitte gemäß anliegender SEPA Lastschrift ein.

Ich bin mit der elektronischen Speicherung meiner Daten einverstanden. Die E-Mail Adresse dient nur zur schnelleren Information an unsere Mitglieder. Die Daten werden nur intern verwendet und nicht an andere weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempelabdruck:

1. Vorsitzender:
Jan Christoph Borghorst
Tel: 0251/615082
info@lindenapotheke-muenster.de

2. Vorsitzender
Thomas Leugner
Tel: 0251/61274
t.leugner@web.de

Finanzvorstand
Ralf Kunicke :
Tel.: 0152/33804114
info@athoc-it-service.de

Bankverbindung:

Sparkasse Münsterland Ost, IBAN DE71 4005 0150 0034 0461 69, BIC WELADED1MST

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE91GGA00000212323**
 Gewerbeverein Gremmendorf - Angelmodde e.V.

Mandatsreferenz (wird nach Antragsbearbeitung zugesandt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Gewerbeverein Gremmendorf - Angelmodde e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Gewerbeverein Gremmendorf - Angelmodde e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag wird erstmalig für den Monat des Beitritts eingezogen. Der Monatsbeitrag beträgt 25€ und wird wie im Aufnahmeantrag aufgeführt im Voraus eingezogen.

Sollte dem Gewerbeverein Gremmendorf - Angelmodde e.V beim Versuch des Beitragseinzuges Kosten entstehen z.B. durch nicht mitgeteilte Änderung der Kontoverbindung, falsche Kontoverbindung oder fehlender Deckung werden diese Kosten ebenfalls mit eingezogen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen, wenn diese unberechtigt eingezogen wurden.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

* Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)	
* Vorname Name Kontoinhaber	
* Strasse	
* PLZ Ort	
* E-Mail Adresse	

E-Mail Adresse bitte zur schnelleren Zusendung von Informationen angeben.
 Diese wird nicht an andere weiter gegeben.

_____ | _____
 Kreditinstitut (Name und BIC)

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

Datum, Ort und Unterschrift