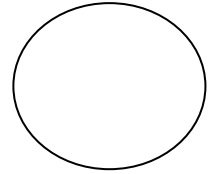


Gremmendorf Angelmodde

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



Gewerbeverein Gremmendorf – Angelmodde e.V. * 48167 Münster

Beitrittserklärung

Ich bitte um die 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)
 halbjährlich (Vorauswahl) Jährlich

Den Jahresbeitrag ziehen Sie bitte gemäß umliegender 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.

Stempelabdruck:

Ort, Datum

Unterschrift

:

1. Vorsitzender:
Jan Christoph Borghorst
Tel: 0251/615082
info@lindenaphotheke-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.

Kontoinhaber wie Antragsteller

* 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)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift