

Handelsverband Südwest e. V.
Geschäftsstelle Neustadt
Ägyptenpfad 18

67433 Neustadt

(oder per Telefax: 06321/9242-31)

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erklären wir den Beitritt des untenstehenden Unternehmens
zum Handelsverband Südwest e.V. (Rheinland-Pfalz / Saarland)

als Mitglied mit Tarifbindung

als Mitglied ohne Tarifbindung

Firmenname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Filiale/n: _____
(Anzahl und Anschrift)

Branche/n: _____ Firmengründung: _____

Name Inhaber/Gesch.-F.: _____ Geburtsdatum: _____

Name Inhaber/Gesch.-F.: _____ Geburtsdatum: _____

Zahl der Beschäftigten: Vollzeit: ____ Teilzeit: ____ geringf. Beschäftigte: ____ Auszubildende: ____

Jahresumsatz (bei Neugründungen
voraussichtlicher Jahresumsatz) Euro (brutto) _____

Wir möchten in den Rundschreiben-Verteiler aufgenommen werden. (Versand erfolgt per E-Mail)

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)

(rechtsverbindliche Unterschrift/Firmenstempel)

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger:

Handelsverband
Südwest e. V.
Ägyptenpfad 18
67433 Neustadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE68ZZZ00000182657**

Mandatsreferenz: _____ (Wird vom Handelsverband ausgefüllt!)

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