

Beitrittserklärung

Gewerbeverband Krailling e.V., c/o Business Events & Entertainment,
Felix-Wankel-Straße 4, 82152 Krailling, kontakt@gewerbe-krailling.de,
www.gewerbe-krailling.de, Telefon 089 12503991, Fax 089 85607822



Mitgliedsnummer
(wird vom Verband ausgefüllt)

--	--	--	--

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Gewerbeverband Krailling e.V.

☐ Herr ☐ Frau	Vorname	Name
Firma		
Straße/Nr.		
PLZ	Ort	
E-Mail		
Telefon Festnetz		Telefon Mobil
Homepage		Geburtsdatum
Branche/Zugehörigkeit (bitte <u>eine</u> auswählen)		
☐ Einzelhandel ☐ Information/Kommunikation (ICT) ☐ Selbständige/Freiberufler ☐ Landwirtschaft ☐ Gastronomie ☐ Handwerk ☐ Industrie/überregionales Gewerbe ☐ Sonstige _____		
Zahl der Beschäftigten (Vollzeit-Äquivalenz: z.B. 2 x Halbtagskraft = 1 Vollzeit-Äquivalenz)		
☐ Einzelperson/Selbständig ohne Mitarbeiter/Einzelunternehmen Jahresbeitrag 150,- Euro ☐ 2 Raten à 80,- Euro		
☐ Unternehmen/Betrieb mit 1 bis 10 Beschäftigten Jahresbeitrag 150,- Euro		
☐ Unternehmen/Betrieb mit 11 bis 50 Beschäftigten Jahresbeitrag 200,- Euro		
☐ Unternehmen/Betrieb mit 51 Beschäftigten und mehr Jahresbeitrag 250,- Euro		

Hinweis zur Mitgliedschaft:

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die aktuell gültige Satzung und Beitragsordnung anerkenne. Die Mitgliedschaft beginnt am ersten Tag des unmittelbar folgenden Monats und wird für die Dauer von einem Jahr abgeschlossen. Sie verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn ich nicht fristgerecht drei Monate vor Vertragsende schriftlich kündige. Der Jahresbeitrag richtet sich nach der Zahl der Beschäftigten und wird per Lastschrift eingezogen.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38 7025 0150 0028 5993 30
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Gewerbeverband Krailling e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Gewerbeverband Krailling e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei diemit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber	
IBAN	
D E	
Kreditinstitut	
Ort/Datum	Unterschrift