

Gewerbeverein Visselhövede e.V.



Geschäftsstelle

Tilsiter Straße 10, 27374 Visselhövede

Tel: 0151/61429542, Fax: 0911 30844 95989

Email: info@gewerbeverein-visselhoevede.de

Eintrittserklärung

Hiermit trete ich dem Gewerbeverein Visselhövede e.V. bei als:

Gewerbebetrieb (Jahresbeitrag 100,- € zzgl. MwSt.)

Fördermitglied (Jahresbeitrag 12,- €)

Firma:

Name Firmeninhaber:

Geschäftsführer:

Geburtsdatum:

Hauptgruppe:

Handel

Dienstleistungen

Handwerk/Gewerbe

Tourismus/Gastronomie

Branche (Auch Mehrfachnennungen):

Gründungsdatum der Firma:

Straße/Nr.:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail-Adresse:

Internetseite:

Ich ermächtige den Gewerbeverein Visselhövede e.V., die folgenden Daten elektronisch zu speichern und für Vereinszwecke zu nutzen. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Genehmigung jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ihre Werbung im Internet

- *Firmendaten nicht im Internet veröffentlichen*

Die Kontaktdaten Visselhöveder Unternehmen werden im Internet unter www.gewerbeverein-visselhoevede.de veröffentlicht.

Als Mitglied des Gewerbevereins ist für Ihre Firma zusätzlich eine sog. Visitenkarte vorgesehen, auf der neben den Adressdaten Platz ist für ein Logo, ein Bild und weiteren Text, wie z.B. Ihre Angebotspalette, Öffnungszeiten, etc. Bitte geben Sie hier keine zeitlich befristeten Angebote (Sonderaktionen, etc.) an. Logos/Bilder sowie Infotexte können per eMail übermittelt werden.

Visselhövede,

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

--

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.