



Überbetrieblicher Verbund Frau &  
Wirtschaft Lüneburg.Uelzen e.V.  
Stadtkoppel 20  
21337 Lüneburg

04131 303968  
info@netzwerk-familie-wirtschaft.de  
IBAN: DE82 2405 0110 0000 0694 35  
Sparkasse Lüneburg

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Überbetrieblichen Verbund Frau & Wirtschaft Lüneburg.Uelzen e. V.

Firma/Institution: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

---

Name des Vertretungsberechtigten: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

---

Anschrift: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

---

Telefon: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

---

E-Mail: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

---

- Unser Unternehmen hat **weniger** als 100 Beschäftigte.  
(75,00 € Mitgliedsbeitrag pro Jahr)
- Unser Unternehmen hat **mehr** als 100 Beschäftigte.  
(150,00 € Mitgliedsbeitrag pro Jahr)

Die Bezahlung des Mitgliedsbeitrages soll erfolgen per

- SEPA-Lastschrift (bitte SEPA-Mandat auf nächster Seite ausfüllen an uns zurücksenden)
- Überweisung (Zahlungsaufforderung wird jährlich zugesandt)

Die Satzung liegt mir/uns vor und ich/wir erkenne/n sie an.

Das Informationsblatt zur Datenerhebung wurde mir/uns ausgehändigt und ich bin/wir sind mit der Erfassung und Speicherung der dort genannten Daten einverstanden.

---

Ort, Datum, Unterschrift(en), Firmenstempel



Überbetrieblicher Verbund Frau &  
Wirtschaft Lüneburg.Uelzen e.V.  
Stadtkoppel 20  
21337 Lüneburg

04131 303968  
info@netzwerk-familie-wirtschaft.de  
IBAN: DE82 2405 0110 0000 0694 35  
Sparkasse Lüneburg

## SEPA-Lastschriftmandat

### Angaben zum Zahlungsempfänger:

Überbetrieblicher Verbund Frau & Wirtschaft Lüneburg.Uelzen e. V.  
Ilmenaustraße 12  
21335 Lüneburg  
Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE54UBV00001064251

### Mandatsreferenz

**(vom Zahlungsempfänger auszufüllen):** \_\_\_\_\_

Ich ermächte/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Überbetrieblicher Verbund Frau & Wirtschaft Lüneburg.Uelzen e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften 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.

### Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

### Angaben zum Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Name** [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)  
**Straße/Hausnummer** [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)  
**Postleitzahl/Ort** [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)  
**Land** [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**IBAN (max. 35 Stellen):**  
[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

**BIC (8 oder 11 Stellen):**  
[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

---

Ort, Datum, Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)