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.

Stadtkoppel 20

21337 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**

[x]  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): BIC (8 oder 11 Stellen):**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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