



Unternehmensnetzwerk Frau & Wirtschaft
Landkreis Harburg e. V.
Markstraße 21/23
21423 Winsen/Luhe

Telefon 04171 409726
info@netzwerk-familie-wirtschaft.de
www.netzwerk-familie-wirtschaft.de
IBAN: DE85 2075 0000 0060 1074 22
Sparkasse Harburg-Buxtehude

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Unternehmensnetzwerk Frau & Wirtschaft Landkreis Harburg 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



Unternehmensnetzwerk Frau & Wirtschaft
Landkreis Harburg e. V.
Marktstraße 21/23
21423 Winsen/Luhe

Telefon 04171 409726
info@netzwerk-familie-wirtschaft.de
www.netzwerk-familie-wirtschaft.de
IBAN: DE85 2075 0000 0060 1074 22
Sparkasse Harburg-Buxtehude

SEPA-Lastschriftmandat

Angaben zum Zahlungsempfänger:

Unternehmensnetzwerk Frau & Wirtschaft Landkreis Harburg e. V.
Marktstraße 21/23
21423 Winsen/Luhe
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE66KOH00001119810

Mandatsreferenz

(vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _____

Ich ermächte/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger
Unternehmensnetzwerk Frau & Wirtschaft Landkreis Harburg 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 _____
Straße/Hausnummer _____
Postleitzahl/Ort _____
Land _____

IBAN (max. 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

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