



ENDERSBACH. LUST AM EINKAUFEN.

An die
VWU Endersbach e.V. Geschäftsstelle
c/o Zeitungsdienst Südwest
Postfach 2160

71370 Weinstadt

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich ab sofort die Mitgliedschaft in der „Einkaufsstraße Endersbach GbR“ *

Name/Vorname

Straße/Hausnr.

PLZ/ Wohnort

Telefon/Fax

E-Mail

Geburtsdatum

Beruf

- Ich ermächtige den Verein, den jeweils fälligen Monatsbeitrag von zurzeit **29,00 € netto/ Kat. 1** (= Handwerker und Dienstleister ohne Ladengeschäft) zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen (bitte beigefügtes SEPA-Mandat ausfüllen).
- Ich ermächtige den Verein, den jeweils fälligen Monatsbeitrag von zurzeit **59,00 € netto/ Kat. 2** (= Händler und Dienstleister mit Ladengeschäft) zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen (bitte beigefügtes SEPA-Mandat ausfüllen).
- Ich ermächtige den Verein, den jeweils fälligen Monatsbeitrag von zurzeit **89,00 € netto/ Kat. 3** (= Mode- u. Lebensmittelhändler mit Verkaufsflächen ab 200 qm) zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen (bitte beigefügtes SEPA-Mandat ausfüllen).
- * Mit der Mitgliedschaft in der „Einkaufsstraße Endersbach GbR bin ich **automatisch** Mitglied bei der VWU Endersbach und ermächtige den Verein, den jeweils fälligen Jahresbeitrag von zurzeit **100,00 € brutto** zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen (bitte beigefügtes SEPA-Mandat ausfüllen).

Datum/ Unterschrift / Stempel

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)

Vereinigung Weinstädter Unternehmer
(VWU) Endersbach e.V.
Traubenstraße 3
71384 Weinstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE39ZZZ00001687067

Mandatsreferenz

-VWU-Endersbach-Mitgliedsbeitrag

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
DE

Ort, Datum

Unterschrift

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

