

Beitrittserklärung

Ich möchte im Bund der Selbständigen - Deutscher Gewerbeverband Traunstein & Umgebung e.V. Mitglied werden.



(Firma)

(Inhaber/Geschäftsführer Name, Titel, Namenszusatz)

(Geburtsdatum)

(Email)

(Ehrenämter; Funktionen in Verbänden, Kammern, etc.)

(Telefon)

(Fax)

(PLZ Ort)

(Straße HsNr.)

Bund der Selbständigen-
Deutscher Gewerbeverband
Traunstein & Umgebung e.V.
Hochstr. 32
83278 Traunstein

Telefon +49 (0)861 – 166 56 81
Telefax +49 (0)861 – 166 56 82
e-mail: info@dgv-traunstein.de
internet: http://www.dgv-traunstein.de

Steuernummer: 163/107/30495

Ich bin damit einverstanden, dass nebenstehende Daten für Vereinszwecke gespeichert werden.

Zweck des Verbandes ist es in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Selbständigen - Deutscher Gewerbeverband e. V. und dessen Landesverband Bayern e.V., die kleinen und mittleren Unternehmer sowie freiberuflich Tätigen - die Selbständigen -zusammenzufassen, sie in ihrer Stellung in Wirtschaft und Staat zum Wohle der Gesamtheit zu erhalten, zu schützen und zu stärken. Der Verband hat keinen Erwerbszweck und ist kein Fachverband. Er verfolgt weder parteipolitische noch konfessionelle Ziele. Eine Kündigung muss mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Jahres erfolgen.

Mit einem Jahresbeitrag von 160,00 €.

o Außerdem möchte ich Mitglied im Versorgungswerk des BDS / DGS. LV Bayern e. V. werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige den Bund der Selbständigen - Deutscher Gewerbeverband Traunstein & Umgebung e.V. (Gläubiger-ID-Nr. DE04ZZZ00000289830) den o.g. Mitgliedsbeitrag (Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Bund der Selbständigen - Deutscher Gewerbeverband Traunstein & Umgebung e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug erfolgt grds. am 15. des dem Beitritt folgenden Monat, in den Folgejahren grds. jeweils am 15. Februar (sollten die genannten Termine auf keinen Bankarbeitstag fallen, erfolgt der Einzug am nächsten Werktag). Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Name des Mitglieds

Name des Kontoinhabers

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bankverbindungen:

Hypo Vereinsbank Traunstein
BLZ 710 221 82
Kto. Nr. 6 310 172 128

Kreissparkasse Traunstein
BLZ 710 520 50
Kto. Nr. 8 771

Raiffeisenbank Traunstein
BLZ 710 900 00
Kto. Nr. 8 938 512