

Berater: _____

Anschrift: _____

Unterschrift/Stempel: _____

Beitrittserklärung

zum

Bund der Selbständigen, Landesverband NRW e.V. (BDS)

Ferdinand-Porsche-Str. 1, 59439 Holzwickede, Tel.: 02301 / 91 96 8 - 0, Fax: 02301 / 91 96 8 - 29

zur

Bundesvereinigung mittelständischer Unternehmer e.V. (BVMU)

Ferdinand-Porsche-Str. 1, 59439 Holzwickede, Tel.: 02301 / 91 96 8 - 0, Fax: 02301 / 91 96 8 - 29

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Branche: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Internet: _____

Ich zahle monatlich € _____ Mitgliedsbeitrag. Der Beitrag wird nach Selbsteinschätzung festgelegt.
Der Mindestmitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit € 16,50 monatlich.

Die Zustellung der Verbandsmitteilungen ist im Beitrag eingeschlossen. Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig € 16,00 und wird mit dem ersten Beitrag abgebucht.

Die Mitgliedschaft beträgt mindestens 2 Jahre und verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn nicht bis zum 30.06. des laufenden Jahres die Kündigung per Einschreiben mit Rückschein zum Jahresende ausgesprochen wird. Die Berater sind nicht zum Inkasso berechtigt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bund der Selbständigen, Landesverband NRW e.V., Ferdinand-Porsche-Str. 1, 59439 Holzwickede
Gläubiger-Identifikationsnummer DE62ZZZ00000380645

Bundesvereinigung mittelständischer Unternehmer e.V., Ferdinand-Porsche-Str. 1, 59439 Holzwickede
Gläubiger-Identifikationsnummer DE24ZZZ00000380650

Mandatsreferenz

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

Ich ermächtige den **BDS NRW e.V.**, Ferdinand-Porsche-Str. 1, 59439 Holzwickede / die **BVMU e.V.**, Ferdinand-Porsche-Str. 1, 59439 Holzwickede, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem **BDS NRW e.V.** / der **BVMU e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin berechtigt, mein Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Name, Firma: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Kreditinstitut / Name: _____

DE _____ BIC _____

Ich zahle monatlich € _____ Mitgliedsbeitrag.
Die Abbuchung des Beitrages von meinem Konto soll jährlich im Voraus erfolgen.

Ich stimme dem Erhalt des Newsletters und des Magazins per E-Mail zu. (Eine Abbestellung ist jederzeit aus den E-Mails heraus möglich)

Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert. (Die Datenschutzerklärung ist zu jeder Zeit auf der Seite des BDS NRW unter www.bds-nrw-de/datenschutz.de einzusehen)

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____