

Wirtschaftliche Interessengemeinschaft Sprockhövel e.V.



Mitgliedsantrag

Hiermit möchte ich die Aufnahme in die WIS e.V.
(Wirtschaftliche Interessengemeinschaft Sprockhövel e.V.) beantragen.
Meine Mitgliedschaft soll zum 01. . 20 beginnen.

Jahresbeitrag als Vollmitglied 230 €

Jahresbeitrag als Fördermitglied 155 €

zzgl. 19% MwSt.

Antragsteller

Name/Fa.: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.: _____
eMail: _____

Der Jahresbeitrag wird per SEPA-Lastschrift Ihrem Konto belastet.
Dazu füllen Sie bitte das beigefügte SEPA-Formular vollständig
und unterschrieben aus.

Bei einem Beitritt während des laufenden Geschäftsjahres wird der
erste Beitrag anteilmäßig berechnet.

Ein Exemplar der gültigen Satzung liegt diesem Antrag bei.

Die entgeltliche Aufnahme in die WIS e.V. muss vom Vorstand
beschlossen und bestätigt werden.

Sprockhövel, den _____
Antragsteller/neues Mitglied



www.wis-sprockhoevel.de

WIS e.V.
1. Vorsitzender Lutz Heuser
Wuppertaler Straße 3
45549 Sprockhövel

Tel.: 02324 9210232 - Fax: 02324 9210235
Mail: info@wis-sprockhoevel.de

Bankverbindung:
Volksbank Sprockhövel eG
IBAN: DE05452615470211645300
BIC: GENODEM1SPO

Steuernummer: 323 / 572 / 90131

Volksbank Sprockhövel eG

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)

Wirtschaftliche Interessengemeinschaft
Sprockhövel e.V.
z.Hd. Hr. Lutz Heuser
Wuppertaler Straße 3
45549 Sprockhövel

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE12ZZZ00000143992

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Wirtschaftliche Interessengemeinschaft Sprockhövel e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Wirtschaftliche Interessengemeinschaft Sprockhövel e.V.

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

Ort, Datum

Sprockhövel

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.