

Werbegemeinschaft Menden e. V. • Hochstraße 18 • 58706 Menden

An die
Werbegemeinschaft Menden e.V.
c/o Hörgeräte DieOhren
Hochstraße 18
58706 Menden

Antrag Schnupper-Mitgliedschaft

Hiermit beantrage/n ich/wir die „Schnuppermitgliedschaft“ in die Werbegemeinschaft Menden für das laufende Kalenderjahr (Jan-Dez). Danach geht die befristete Mitgliedschaft in eine ordentliche Mitgliedschaft zu den jeweils geltenden Konditionen über. Die Satzung kann jederzeit beim Vorstand in der aktuellen Version angefordert werden und wird als verbindlich anerkannt. Der Schnupperbeitrag beträgt €100,- zzgl. der gesetzlichen MwSt.

Firmenbezeichnung _____

Branche _____

Inhaber/Geschäftsführer/Filialleiter _____

Anschrift in Menden _____

Rechnungs-Anschrift (falls abweichend) _____

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeit) in Menden _____

Telefon/Fax _____

Email _____

Menden, den _____

Stempel/Unterschrift

Vorstandsmitglieder:

Frank Oberkampf Michael Emming Karlheinz Vogler Susanne Leser Matthias Eggers Mirko Kruschinski
Vorsitzender 2.Vorsitzender Schriftführer Kassiererin

c/o
Hörgeräte DieOhren
Hochstraße 18
58706 Menden
02373/175405

c/o
SinnLeffers
Hauptstraße 57
58706 Menden
02373/92970

Zum Rütthfeld 4
58706 Menden

c/o
glücksriff
Kirchstraße 8
58706 Menden

c/o
medienstatt
Unnaer Straße 50
58706 Menden

c/o
die Continentale
Kolpingstraße 22
58706 Menden

Bankverbindung:

IBAN DE88445512101800051789
BIC WELADED1HEM
Sparkasse Märkisches Sauerland Hemer-Menden

St.-Nr.: 328/5882/0315

Anlage zum Mitgliedsantrag vom: _____

SEPA-Firmenlastschriftmandat
- Wiederkehrende Zahlung -

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Werbegemeinschaft Menden e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000330143

Mandatsreferenz-Nr. WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich/Wir ermächtige(n) die **Werbegemeinschaft Menden e.V.**, Zahlungen von meinem/ unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Werbegemeinschaft Menden e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben **Kontoinhaber / Zahler:**

Name _____

Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ + Wohnort _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

_____, den _____

Unterschrift: _____

- BITTE BEI IHREM KREDITINSTITUT EINREICHEN !!! -

SEPA-Firmenlastschriftmandat

- Wiederkehrende Zahlung -

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Werbegemeinschaft Menden e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000330143

Mandatsreferenz-Nr. WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich/Wir ermächtige(n) die **Werbegemeinschaft Menden e.V.**, Zahlungen von meinem/ unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Werbegemeinschaft Menden e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben **Kontoinhaber / Zahler:**

Name _____

Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ + Wohnort _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

_____, den _____

Unterschrift: _____