

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich möchte Mitglied im BDS Kirchheim unter Teck e.V. werden.

Bitte Formular ausfüllen und faxen: 07021-480931

**\*zwingende Angaben**

## ZUR PERSON

Herr	Frau	_____	_____
		Titel / Akad. Grad	Telefon Privat
_____		_____	
Vor- und Nachname*		Mobiltelefon	
_____			
Geburtstag*			
_____			
Mein Name/Adresse sollen in der Mitgliederliste im Internet erscheinen:    Ja    Nein			

## ART DER MITGLIEDSCHAFT

Vollmitglied<sup>1)</sup>

Förderndes Mitglied (passiv)<sup>2)</sup>

Mitglied in Existenzgründung<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Jahresbeitrag 150 EUR  
weitere Infos siehe Satzung

<sup>2)</sup>Jahresbeitrag 38 EUR für die ersten 2 Jahre der Selbständigkeit

<sup>3)</sup>Jahresbeitrag 38 EUR

## ZUM UNTERNEHMEN

_____	
Firmenbezeichnung (vollständig mit Rechtsform)*	
_____	_____
Straße oder Postfach*	PLZ Ort* (Unternehmenssitz)
_____	_____
Telefon geschäftlich*	Fax
_____	_____
eMail* [wichtig!]	Internetadresse
_____	_____

Ergänzende Angaben (freiwillig) | Diese statistischen Angaben helfen bei der Durchsetzung von Vereinsinteressen (z. B. gegenüber der Politik)

_____	_____	
Branche	Rechtsform	
_____	_____	
Anzahl der Mitarbeiter	Gründungsjahr	_____
		Jahresumsatz (ca.)

## ZAHLUNGSART

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar!

### Bankeinzug

Bitte unterzeichnen Sie zusätzlich das beiliegende  
SEPA-Lastschriftmandat zur Einzugsermächtigung

### Rechnungsstellung

(zzgl. 5.- EUR Bearbeitungsgebühr)

Hiermit bestätige ich alle obigen Angaben / Datum, Unterschrift

Hinweis nach §§ 3,4 Bundesdatenschutzgesetz: Ihre Angaben werden bei uns für verbandseigene Zwecke elektronisch gespeichert.

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE22 ZZZ0 0000 3465 42

Mandatsreferenz: (wird mitgeteilt)

Ich ermächtige den Bund der Selbständigen, Stadtverband Kirchheim unter Teck e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BDS Kirchheim unter Teck auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

**Vorname und Nachname bzw. Firmenname (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl und Ort**

**Kreditinstitut und BIC**

 BIC: \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**IBAN**

 DE \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift**