

**WERDEN SIE  
MITGLIED!**

**WIRTSCHAFTSFORUM  
Region Heidengraben e. V.**

Böhringerstr. 42  
72582 Grabenstetten

## AUFNAHMEANTRAG

Firma	Telefon
Name / Vorname	Telefax
Straße + Nr.	E-Mail
PLZ + Ort	Beitrag

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in das WIRTSCHAFTSFORUM Region Heidengraben e. V. und anerkenne(n) die Vereinssatzung. Satzungsgemäß entscheidet der Beirat über die Aufnahme neuer Mitglieder. Zugleich erteile ich meine Einwilligung gemäß § 3 Abs. 2 Bundesdatenschutzgesetz zur Verarbeitung meiner personenbezogenen geschützten Daten.

### Zahlungsweise

Bitte buchen Sie den Beitrag wie angekreuzt ab:

monatlich  
(jeweils zum 01.)

vierteljährlich  
(jeweils zum 01.01. / 01.04. / 01.07. / 01.10.)

halbjährlich  
(jeweils zum 01.01. / 01.07.)

jährlich  
(jeweils zum 01.01.)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Das Formular zur Einzugsermächtigung finden Sie auf der Rückseite.

Bitte senden Sie uns Ihren Aufnahmeantrag per  
E-Mail an **info@wirtschaftsforum-heidengraben.de**  
oder gerne auch per **Fax an 07026 - 34 34**

**WERDEN SIE  
MITGLIED!**

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines  
SEPA-Lastschriftmandats (Kombimandat)**

Zahlungsempfänger

Name	WIRTSCHAFTSFORUM Region Heidengraben e. V.
Straße + Nr.	Böhringerstraße 42
PLZ + Ort	72582 Grabenstetten
Land	Deutschland

**1. Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**2. SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungspflichtiger

Vorname und Name (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Land des Zahlungspflichtigen	
Kreditinstitut Name	BIC
LKZ <input type="text"/>	PrüfZ <input type="text"/>
IBAN <input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum, Ort	
Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten	