



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Gewerbeverband Krailling e.V.

Herr Vorname		Name			
Firma					
Straße/Nr.					
PLZ Ort					
E-Mail					
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Telefon Mobil			
Homepage			Geburtsdatum		
Branche/Zugehörigkeit (bitte eine auswählen) Einzelhandel Information/Kommunikation (ICT) Selbständige/Freiberufler Landwirtschaft Gastronomie Handwerk Industrie/überregionales Gewerbe Sonstige					
Zahl der Beschäftigten (Vollzeit-Äquivalenz: z.B. 2 x Halbtagskraft = 1 Vollzeit-Äquivalenz) Einzelperson/Selbständig ohne Mitarbeiter/Einzelunternehmen Jahresbeitrag 160,- Euro Unternehmen/Betrieb mit 1 bis 10 Beschäftigten Jahresbeitrag 160,- Euro Unternehmen/Betrieb mit 11 bis 50 Beschäftigten Jahresbeitrag 240,- Euro Unternehmen/Betrieb mit 51 Beschäftigten und mehr Jahresbeitrag 300,- Euro Ich bin damit einverstanden, dass mich der Gewerbeverband Krailling e.V. über exclusive Angebote/Aktionen von anderen Mitglieder per E-Mail informiert. Meine Daten (Anschrift, E-Mail-Adresse) werden nicht weitergegeben. Hinweis zur Mitgliedschaft: Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die aktuell gültige Satzung und Beitragsordnung anerkenne. Die Mitgliedschaft beginnt am ersten Tag des unmittelbar folgenden Monats und wird für die Dauer von mindestens einem Jahr abgeschlossen. Sie verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn ich nicht fristgerecht drei Monate vor Jahresende schriftlich kündige. Der Jahresbeitrag richtet sich nach der Zahl der					
Beschäftigten und wird per Lastschrift eingezogen. Ort/Datum		Unterschrift	Unterschrift		
SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38 7025 0150 0028 5993 30 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt Ich ermächtige den Gewerbeverband Krailling e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Gewerbeverband Krailling e.V. 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.					
Kontoinhaber					
IBAN DEL					
Ort/Datum	Unterschrift	Unterschrift			