

Handelsverband  
Mittelrhein-Rheinhausen-Pfalz e.V.  
Geschäftsstelle Neustadt  
Ägyptenpfad 18

67433 Neustadt

(oder per Telefax: 06321/9242-31)

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erklären wir den Beitritt des untenstehenden Unternehmens  
zum Handelsverband Mittelrhein-Rheinhausen-Pfalz e.V.

als Mitglied mit Tarifbindung

als Mitglied ohne Tarifbindung

Firmenname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Filiale/n: \_\_\_\_\_  
(Anzahl und Anschrift)

Branche/n: \_\_\_\_\_ Firmengründung: \_\_\_\_\_

Name Inhaber/Gesch.-F.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zahl der Beschäftigten: Vollzeit: \_\_\_\_\_ Teilzeit: \_\_\_\_\_ geringf. Beschäftigte: \_\_\_\_\_ Auszubildende: \_\_\_\_\_

Jahresumsatz (bei Neugründungen  
voraussichtlicher Jahresumsatz) Euro \_\_\_\_\_

Wir möchten in den Rundschreiben-Verteiler aufgenommen werden. (Versand erfolgt per E-Mail)

Die Satzung haben wir erhalten.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten, nämlich Namen, Kontaktdaten sowie sonstige im Rahmen der satzungsgemäßen Tätigkeiten des Handelsverbandes benötigte und anfallende Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/Firmenstempel)

# SEPA-Basislastschrift-Mandat

---

## Zahlungsempfänger:

Handelsverband  
Mittelrhein-Rhein Hessen-Pfalz e. V.  
Ägyptenpfad 18  
67433 Neustadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE68ZZZ00000182657**

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (Wird vom Handelsverband ausgefüllt!)

**Ich ermächtige/Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger jährlich den Mitgliedsbeitrag in  einer /  zwei Monatsraten\* von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.**

**Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en 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.

---

## Zahlungspflichtiger

Firma: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

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

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

\* Zutreffendes bitte ankreuzen