

## Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem "Wirtschaftsraum Kandel e.V." als Mitglied bei.

Firmierung	Zusatz/Geschäftsführung  Geschäftsjubiläum (Datum)  Homepage	
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon	Fax	
E-Mail	Ansprechpartner	
Zusätzliche Angaben/z.B. Öffnungszeiten		<del></del>
Ihre Daten werden ausschließlich vereinsintern genut unterliegt der Europäischen DSGVO von 2018. Durch	Ihre Unterschrift stimmen Sie dieser Nutzung zu.	_
In meinem Betrieb sind Mitarbeiter/innen (ohr beschäftigt. (2 Teilzeitkräfte entsprechen 1 Mitarbeite		e
Gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung vom 1 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer:	.3. April 2010 gelten nachstehende <u>Monats</u> beiträ	ige*
Schnuppermitgliedschaft**		23,00 €*
Fördernde Mitglieder (Handwerksbetriebe, Industrie, Verwa	altung, Freie Berufe, Gaststätten, Banken)	23,00 €*
Einzelpersonengeschäft mit Verkauf		23,00 €*
Einzelhandel mit 1 Mitarbeiter/in im Verkauf		23,00 €*
Einzelhandel mit 2-3 Mitarbeitern im Verkauf Einzelhandel mit 4-5 Mitarbeitern im Verkauf		34,50 €* 46,00 €*
Einzelhandel mit 6-7 Mitarbeitern im Verkauf		40,00 €* 57,50 €*
Einzelhandel mit 8-9 Mitarbeitern im Verkauf		69,00 €*
Einzelhandel mit 10 oder mehr Mitarbeitern im Verkauf		80,50 €*
Die Abbuchung der Beträge erfolgt jeweils zum 05. des Mor	nats	
Darüber hinaus wird jeweils zum 30.06. und 30.11. eine Ur	mlage von jeweils 50% des Jahresgesamtbeitrages* ab	gebucht.
**Die Schnuppermitgliedschaft umfasst 12 Monate ab dem	-	
Sie geht automatisch in eine Vollmitgliedschaft über, sofern	·	en wird.
Für die Dauer der Schnuppermitgliedschaft wird keine Jahre	esumlage erhoben.	
Ort, Datum	Firmenstempel und Unterschrift	



## **SEPA - Lastschriftmandat**

Wirtschaftsraum Kandel e.V.	
Gläubiger Identifikationsnummer: DE10ZZZ00000381387	
Mandatsreferenz*: *Die Mandatsreferenznummer wird vom Verein vergeben	
Hiermit ermächtige ich den "Verein für Handel und Gewerb Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehe Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom "Verein f auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	n.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit d Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten	_
Firmierung	
Kontoinhaber	
Name des Kreditinstituts:	
IBAN	
BIC	
Ort. Datum Firmenstems	pel und Unterschrift