

Aufnahmeantrag

Bitte mailen an: info@ufh-nrw.de bzw. an die u. g. Postanschrift

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Online-Mitglied in den UFH Landesverband NRW e.V. und erkenne die Satzung an. Mir ist bekannt, dass die Mitgliedschaft erst durch Annahme des Antrages durch den Vorstand beginnt. Ich bestätige, dass ich keine Mitgliedschaft besitze, deren Gremien der Satzung des UFH Landesverband NRW e.V. zuwider handeln.

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Email:

Firmenanschrift:

Firma:

Straße, Haus - Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon/Mobil:

Email:

Homepage:

Gewerk:

Privatanschrift

Straße, Haus - Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon/Mobil:

Alle Informationen sollen an die **Privatanschrift** **Firmenanschrift** **gesendet werden.**

Ich beantrage die Onlinemitgliedschaft und erkläre mich bereit, den festgelegten Betrag in Höhe von 70,00€ zu bezahlen.

Erklärung zum Datenschutz

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Daten in diesem Antrag erhoben, gespeichert und vereinsintern genutzt werden. Zudem bestätige ich mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, zur Veröffentlichung meiner Daten in den Medien, Publikationen etc. des UFH Landesverband NRW e.V. einschließlich erstellter Fotografien/ Bilder.

Der Austritt kann nur zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen und muss schriftlich erfolgen (Kündigung muss mindestens 6 Wochen vor Ende des Kalenderjahres zugegangen sein).

Ort/ Datum

Unterschrift der Antragstellerin - rechtsverbindliche Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beiträge von dem Konto abgebucht werden. Bitte entnehmen Sie die Kontonummer dem folgenden SEPA-Lastschriftmandat.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: UFH Landesverband NRW e.V., Europaplatz 17, 46399 Bocholt																							
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00002715508																							
Mandantenreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): Mitgliedsbeitrag																							
Sepa- Lastschriftmandat: Ich ermächtige (A) den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein/unser 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.																							
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung (Beiträge etc.)																							
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):																							
Anschrift des Zahlungspflichtigen: <i>Straße, Hausnr.:</i> <i>PLZ, Ort:</i>																							
Name der Bank:																							
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): <table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
BIC (8 oder 11 Stelle): <table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

Ort/ Datum

Unterschrift der Antragstellerin – rechtsverbindliche Unterschrift