

Bad Urach-aktiv e. V.  
Geschäftsstelle  
Beim Bad 5  
72574 Bad Urach



### Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft bei Bad Urach-aktiv e.V.

Firma, Name \_\_\_\_\_

Adresse / Stempel \_\_\_\_\_

Telefon / Telefax \_\_\_\_\_

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

Inhaber / Geschäftsführer \_\_\_\_\_

- Ich gehöre zu Handel und Gewerbe, freien Berufen, gewerblichen Vermietern, oder juristischen Personen (nach Beschäftigten gestaffelter Jahresbeitrag) \*
- Ich vermiete privat oder gehe einer Nebentätigkeit nach (Jahresbeitrag derzeit 40,- €)
- Ich möchte den Verein als förderndes Mitglied unterstützen. Jahresbeitrag entspricht mindestens dem Beitrag für 6 Vollbeschäftigte.

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

**\*1 - 5 Beschäftigte 150C, ab 6 Beschäftigte 300C**

*Bemessungsgrundlage ist dabei die Anzahl der regelmäßig Beschäftigten im Wirtschaftsraum Bad Urach. Teilzeitkräfte werden entsprechend ihrem Anteil an einer Vollbeschäftigung (40 Std.) gerechnet.*

Unser Betrieb hat im Raum Bad Urach \_\_ Beschäftigte, das sind \_\_ Vollzeitstellen.

Ich verpflichte mich, die Satzung des Vereins einzuhalten (einsehbar i. d. Geschäftsstelle und unter [www.badurach-aktiv.de](http://www.badurach-aktiv.de)).

Ich ermächtige den Verein Bad Urach-aktiv e.V. widerruflich, den Jahresbeitrag von unserem Bankkonto abzubuchen.

Bitte beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen!

Bad Urach, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift)

## SEPA-Lastschriftmandat



## SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name:*

Bad Urach - aktiv e.V.  
c/o Foto Schumacher

Anschrift des Zahlungsempfängers / *Creditor Address*

Straße und Hausnummer / *Street name and number:*

Beim Bad 5

Postleitzahl und Ort / *Postal code and city:*

72574 Bad Urach

Land / *Country:*

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / *Creditor identifier:*

DE36ZZZ00001465767

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

*By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).*

*As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited*

Zahlungsart / *Type of payment:*

**Wiederkehrende Zahlung / *Recurrent payment***

Name des Zahlungspflichtigen (Konto inhaber) / *Debtor name:*

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / *Debtor address:*

• Angabe freigestellt / *Optional information*

Straße und Hausnummer / *Street name and number:*

Postleitzahl und Ort / *Postal code and city:*

Land / *Country:*

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) , *IBAN of the debtor (max. 35 characters):*

BIC (8 oder 11 Stellen) / *BIC (8 or 11 characters):*

Hinweis: Seit 2016 kann die Angabe des BIC Die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb der EU/EWR entfallen.

*Note: Since 2016 the BIC is not needed for payments within EU/EWR.*

Ort / *Location:*

Datum (TT/MM/JJJJ) | *Date (DD/MM/YYYY):*

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / *Signature(s) of the debtor:*