

## BEITRITTSERKLÄRUNG / DIREKTMITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Direktmitgliedschaft im Bund der Selbständigen  
Ortsverband Schrozberg e.V.:

Anrede	Akademischer Grad
Vorname*	Nachname*
Geburtsdatum	Firmenname*
Straße, Hausnummer*	PLZ, Ort*
Telefon Geschäft*	Telefon privat
Mobiltelefon	Telefax
E-Mail Adresse*	
Webseite*	Firmengründung**
Branche*	Rechtsform**
Zahl der Mitarbeiter**	Jahresumsatz (ca.)**

**Vorsitzender**

Jürgen Gögelein  
Tel. (07935) 726660  
Fax (07935) 726662  
info@bds-schrozberg.de

**Bankverbindung**

Raiffeisenbank Schrozberg-Rot am  
IBAN: DE36600695950050603000  
BIC: GENODES1SBB

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Adress- und Branchendaten in einem BDS-Branchenverzeichnis in Papierform oder im Internet veröffentlicht werden können.  
5 Suchbegriffe: \_\_\_\_\_
- Ich stimme der Erhebung / Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.
- Ich stimme einer Kontaktaufnahme (Newsletter/Einladungen) zu.
- Die beigefügte Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich möchte in die WhatsApp-Gruppe aufgenommen werden.

\* Adressdaten des Unternehmers können im Verbandsinteresse zu besonderen Zwecken weitergegeben werden.

\*\* Die Statistischen Angaben können freiwillig gemacht werden. Sie helfen dem Verband bei der Durchsetzung von Verbandsinteressen z.B. um gegenüber der Politik zu zeigen, wie viele Arbeitsplätze die Mitgliedsbetriebe des Verbandes repräsentieren.

Hinweis nach Art. 6 DSGVO:

Ihre Angaben werden bei uns für verbandseigene Zwecke elektronisch gespeichert.

Die Mitgliedschaft kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

**Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar, er beträgt derzeit 80,00 EUR jährlich.**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33ZZZ00000050106

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Bund der Selbständigen Ortsverband Schrozberg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bund der Selbständigen Ortsverband Schrozberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug erfolgt jährlich zwischen dem 15. und 28./29. Februar.

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer : \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

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

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

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

\* Adressdaten des Unternehmers können im Verbandsinteresse zu besonderen Zwecken weitergegeben werden.

\*\* Die Statistischen Angaben können freiwillig gemacht werden. Sie helfen dem Verband bei der Durchsetzung von Verbandsinteressen z.B. um gegenüber der Politik zu zeigen, wie viele Arbeitsplätze die Mitgliedsbetriebe des Verbandes repräsentieren.