

MITGLIEDSANTRAG
ÜYELİK MÜRACAAT FORMU

Firma <i>İşletmenin Adı</i>	
Branche <i>Branş</i>	
Strasse <i>Cadde</i>	
PLZ <i>Posta Kodu</i>	
Ort <i>Şehir</i>	
Telefon <i>Telefon</i>	
Telefax <i>Telefaks</i>	
E-Mail-Adresse <i>Elektronik Posta Adresi</i>	
Webseite <i>Web sitesi</i>	
Mobil GSM	
Inhaber/in <i>Sahibi</i>	
Geschäftsführer/in <i>Sorumlu Müdür</i>	
Anzahl der Mitarbeiter/innen <i>Çalışan Sayısı</i>	
Ausbildungsbetrieb <i>Mesleğe eğitimi yapıyor musunuz?</i>	
Wenn ja, Ausbildungsberuf/e <i>Evet ise, meslek eğitiminin türü</i>	
Mitglied seit <i>Üyelik Tarihi</i>	
Gründungsmitglied? <i>Kurucu üyesi misiniz?</i>	
Empfohlen von der Firma/den Firmen <i>Tavsiye eden üye/kurulu</i>	

Ich habe die Erklärung zum Datenschutz gelesen und akzeptiere diese.



Kiel,

Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TAB Kiel e.V.

Willestraße 3/ 1. Etage
24105 Kiel
DEUTSCHLAND

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TAB Kiel e.V.

Willestraße 3/ 1. Etage
24105 Kiel
DEUTSCHLAND

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)