

Genussregion Oberfranken e.V.
c/o Landratsamt Kulmbach
Konrad-Adenauer-Straße 5
95326 Kulmbach

Geschäftsstelle:
Norbert Heimbeck
Tel. 09221 707-115
n.heimbeck@genussregion-oberfranken.de
www.genussregion-oberfranken.de

Aufnahmeantrag für Fördermitglieder

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in den Verein Genussregion Oberfranken e.V. als

- Fördermitglied mit kostenloser Mitgliedschaft**
für nicht-kommerzielle Institutionen, die den Verein fachlich oder organisatorisch unterstützen,
(z.B. Kommunen, Ämter, Forschungseinrichtungen)
- Zusammenschlüsse von Produzenten und Dienstleistern**
Mitgliedschaft in Höhe von € 100,00
Unternehmenszusammenschlüsse wie Innungen, Verbände und Vereine, die sich unter dem Dach
der Genussregion Oberfranken präsentieren möchten
- Fördermitglied - jährlicher Förderbetrag: €**
Interessierte, Firmen und Institutionen, die den Verein finanziell unterstützen möchten.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt: bis 2 Mitarbeiter 50 EURO, 3 - 19 Mitarbeiter 100 EURO, mehr als
20 Mitarbeiter 150 EURO.

Die Satzung wurde mir/uns ausgehändigt.

Unternehmen: _____

Branche: _____ Anzahl Mitarbeiter: _____

Name, Vorname: _____ Position: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

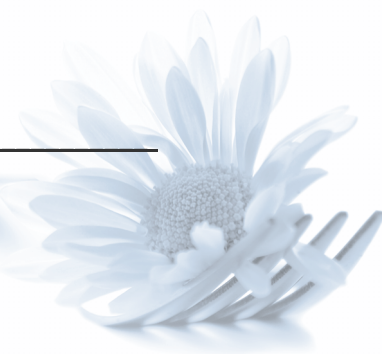
Tel. dienstl.: _____ Fax: _____ mobil: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Geburtsdatum: _____ Ausbildung/Beruf: _____

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift



Genussregion Oberfranken e.V.
c/o Landratsamt Kulmbach
Konrad-Adenauer-Straße 5
95326 Kulmbach

Geschäftsstelle:
Norbert Heimbeck
Tel. 09221 707-115
n.heimbeck@genussregion-oberfranken.de
www.genussregion-oberfranken.de

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment

Gläubiger-Identifikationsnummer Creditor identifier	DE03GRO00000615089
---	---------------------------

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) Mandate reference (to be completed by the creditor)

Ich / wir ermächtige/n den Verein Genussregion Oberfranken, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein Genussregion Oberfranken auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

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.

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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Name of debtor

Straße, Hausnummer / Street name and number

Postleitzahl und Ort / Postal code and city

Land / Country

D E _____
IBAN des Zahlungspflichtigen / IBAN of the debtor:

Kreditinstitut (Bank) / Name of debtor's bank

BIC / Swift BIC

Ort, Datum
Location, Date (DD/MM/YYYY)

Stempel / Unterschrift/en
Signature(s) of the debtor

