VMA Versorgungswerk mittelständischer Arbeitgeber e.V. des Bundes der Selbständigen, Landesverband Rheinland-Pfalz & Saarland e.V.

BDS. BUND DER SELBSTÄNDIGEN Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland e.V.

Mitgliedsantrag und SEPA Lastschriftmandat

Hiermit erkenne ich die gültigen Vereinsstatuten des Versorgungswerk mittelständischer Arbeitgeber des Bundes der Selbständigen Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland e.V. (VMA) als bindend an und beantrage den Beitritt im VMA. Das VMA ist eine hundertprozentige Tochtergesellschaft des Bund der Selbständigen Rheinland-Pfalz und Saarland e.V.

☐ Unternehmensmitgliedschaft ☐ Personenmitgliedschaft *** Pflichtangaben**

Empfohlen von*

Firmenname / Name*

Geschäftsführer / Ansprechpartner für VMA*

Straße & Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Datum der Gründung/Eintragung

Geb.-Datum Ansprechpartner*

Anzahl der Mitarbeiter/Mitglieder

Mobil-Nummer*

Telefonnummer*

Branche*

E-Mail-Adresse*

E-Mail-Adresse für E-Rechnungsversand

☐ Ich stimme einer Kontaktaufnahme (Newsletter / Einladungen / Mailing) zu.

☐ E-Mail-Versand für E-Rechnungen

Die Mindestmitgliedschaft beträgt zwei Jahre. Der Betrag beträgt zur Zeit 199,00 Euro pro Jahr.
Der Jahresbeitrag ist in voller Höhe als **Betriebsausgabe** abzugsfähig.

Ort, Datum*

Unterschrift*

Bitte senden Sie uns den Mitgliedsantrag zu:

per Post: Versorgungswerk mittelständischer Arbeitgeber e.V., Exterstraße 3, 67433 Neustadt per Fax: 06321/9375142
per E-Mail: info@bds-rlp.de

Für weitere Informationen besuchen Sie unsere Webseite www.bds-rlp.de oder unsere Facebookseite https://www.facebook.com/bds.rlp

Laut Satzung §14, Absatz 5 ist Erfüllungsort und Gerichtsstand 67433 Neustadt.

SEPA Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) das Versorgungswerk mittelständischer Arbeitgeber des Bundes der Selbständigen Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland e.V. den jeweiligen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem / unserem nachstehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN*

BIC*

Kreditinstitut*

Kontoinhaber*

Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk mittelständischer Arbeitgeber des Bundes der Selbständigen Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland e.V. auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Sollte die Lastschrift auf Ihrem Konto nicht eingelöst werden können, müssen wir Ihnen die anfallenden Gebühren in Rechnung stellen.

Firma*

Name, Vorname*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

VMA-Gläubiger-ID: DE66ZZZ00002182348

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

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

Ort, Datum*

Unterschrift*

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Bankverbindung sowie der Anschrift umgehend mit. Satzung, Beitragsordnung und weitere Unterlagen folgen per Post. Die Mitgliedschaft tritt in Kraft, wenn innerhalb von 14 Tagen nach Eingang bei der Geschäftsstelle keine Ablehnung durch den Verband erfolgt.