

# BEITRITTSERKLÄRUNG

zum Arbeitgeberverband des Saarländischen Handwerks



Ich/Wir trete/n ab \_\_\_\_\_ dem Arbeitgeberverband des Saarländischen Handwerks e. V. als Mitglied bei.

Als Mitglied des Arbeitgeberverbandes des Saarländischen Handwerks e. V. habe/n ich/wir Anspruch auf alle satzungsgemäßen Leistungen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 253,00 €; bei halbjährlicher Zahlungsweise werden jeweils 128,50 € und bei monatlicher Zahlungsweise jeweils 22,50 € fällig.

Ich/Wir zahle/n den Mitgliedsbeitrag jeweils im Voraus

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> jährlich per Lastschriftinzug     | <input type="checkbox"/> jährlich per Überweisung     |
| <input type="checkbox"/> halbjährlich per Lastschriftinzug | <input type="checkbox"/> halbjährlich per Überweisung |
| <input type="checkbox"/> monatlich per Lastschriftinzug    |   |

Ich kann meine/Wir können unsere Mitgliedschaft durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum Jahresende kündigen (§ 5 Abs. 1 der Satzung).

\_\_\_\_\_  
Firmenname (wie Eintrag in der Handwerksrolle)

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handwerk

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Straße

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

\_\_\_\_\_  
Inhaber, Name, Vorname (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich/wir ermächtige/n den Arbeitgeberverband des Saarländischen Handwerks e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Arbeitgeberverband des Saarländischen Handwerks e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

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

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

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

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift