

Bitte per Fax an folgende Nummer: (0451) – 280 25 72

An die
Bundesgeschäftsstelle des VSF e.V.
Hauptstraße 60
23611 Bad Schwartau



Verband
der Selbständigen
und
Freiberufler e. V.

Beitrittserklärung

Hiermit trete(n) ich (wir) dem Verband der Selbständigen und Freiberufler e.V. als Mitglied bei.
Der Mitgliedsbeitrag ist über die nachstehende Beitragstabelle* geregelt
und jährlich auf das Konto: IBAN: DE92230707000316160100, BIC: DEUTDEDB237 zu entrichten.
Die Satzung, die ich auf Anforderung erhalte, sieht, soweit im Einzelfall nicht abweichend
schriftlich vereinbart, eine Mindestlaufzeit der Mitgliedschaft von 12 Monaten und eine Kündigungs-
frist von 3 Monaten zum Ende eines jeweiligen Kalenderjahres vor. Wird nicht (rechtzeitig) gekün-
digt, verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch um jeweils weitere 12 Monate. Kündigungen sind
schriftlich, nicht elektronisch, der Geschäftsstelle zuzuleiten.

Meine (Unsere) Daten werden zur vereinsinternen Verwendung gespeichert und nicht an Dritte
weitergegeben, durch Unterschrift erkläre(n) ich (wir) mich (uns) einverstanden.

Meine (Unsere) Aufnahme in ein Branchen-Mitgliederregister ist erwünscht (ggf. streichen).

Firma:	Branche:
Name*:	Vorname*:
Geb.-Datum*:	Geb.-Ort*:
Beruf:	Position:
Straße*:	Hausnummer*:
PLZ*:	Ort*:
Telefon*:	Telefax:
Mobil:	E-Mail:

Ich zahle: **den regulären Beitrag**
 freiwillig: _____ €

Datum, Ort

Unterschrift, ggf. Firmenstempel

- Meine(Unsere)Daten werden zur vereinsinternen Verwendung gespeichert und nicht an Drit-
te weitergegeben, durch Unterschrift erkläre(n) ich (wir) mich(uns) einverstanden
 Die Satzung erkenne ich als Bestandteil dieses Antrages an
 Meine (Unsere) Aufnahme in ein Branchen-Mitgliederregister ist erwünscht

*Der kalenderjährliche Mindestbeitrag beträgt für Einzelpersonen Euro 120,00
für Firmen -gestaffelt nach Betriebsgröße (Mitarbeiterzahl einschl. Inh.)-

ba) bis 5 MA	Euro 120,00
bb) 6 – 10 MA	Euro 240,00
bc) 11 – 20 MA	Euro 360,00
bd) 21 – 30 MA	Euro 480,00
be) 31 – 50 MA	Euro 960,00
bf) > 50 MA	Euro 1.500,00

Geschäftsstelle:
Hauptstraße 60
23611 Bad Schwartau

Telefon:
0451/ 280 20 96

Telefax:
0451/ 280 25 72

Internet:
www.vdsuf.de

e-mail:
info@vdsuf.de

Bank:
Deutsche Bank Lübeck
BLZ 230 707 00
Kto.-Nr. 316160100

Präsident:
Dieter Hagelstein

Vereinsregister
Amtsgericht
Bad Schwartau
VR/ Nr. 511



Verband
der Selbständigen
und
Freiberufler e. V.

Geschäftsstelle:
Hauptstraße 60
23611 Bad Schwartau

Telefon:
0451/ 280 20 96

Telefax:
0451/ 280 25 72

Internet:
www.vdsuf.de

e-mail:
info@vdsuf.de

Bank:
Deutsche Bank Lübeck
BLZ 230 707 00
Kto.-Nr. 316160100

Präsident:
Dieter Hagelstein

Verbandsregister
Amtsgericht
Bad Schwartau
VR/ Nr. 511

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA –Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Verband der Selbständigen und Freiberufler e.V. (VSF e.V.)

Straße und Hausnummer: Hauptstraße 60

Postleitzahl und Ort: 23611 Bad Schwartau

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00001312573 Mandatsreferenz:

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den VSF widerruflich, die von mir /uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unseren Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger VSF auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger VSF Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger VSF auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name und Anschrift des/der zahlungspflichtigen Mitglieds/Mitglieder:

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Kontoinhaber: (nur ausfüllen, wenn Kontoinhaber und Mitglied/er nicht identisch sind)

IBAN (max. 22 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift / Firmenstempel des Zahlungspflichtigen oder Unterschrift des Kontoinhabers