

Beitrittserklärung

Ich/wir beantrage/n hiermit meinen/unseren Beitritt als ordentliches Mitglied

in der AGI hochfranken plus e.V., Marktredwitz

Postfach 2 51

95602 Marktredwitz

Tel. 09231 / 509 916

Fax 09231 / 509 918

E-Mail: agi-ev@t-online.de

www.agi-ev.de

Firma		
Vertretungsberechtigter Inhaber/Geschäftsführer (Name, Vorname)		
Straße	Telefon/Fax geschäftlich	Mobiltelefon
Postleitzahl, Ort	E-Mail	

Ich möchte die Schnuppermitgliedschaft für ein Jahr testen zum Preis von 250 EUR

Ich/Wir erkenne/n die Satzung der AGI hochfranken plus e.V., Marktredwitz an. Nach Ablauf der Schnuppermitgliedschaft gilt der Jahresbeitrag entsprechend der Staffelung. Die Eingruppierung nehmen Sie bitte selbst vor. Der Jahresbeitrag wird im Februar eines Jahres durch Bankeinzug erhoben.

Mitgliedsbeiträge

Anzahl der Mitarbeiter		Jahresbeitrag
0	bis 49	300,00 €
50	bis 99	400,00 €
100	bis 399	700,00 €
400	bis 699	1.400,00 €
über	700	1.900,00 €

Ort, Datum

Unterschrift



Postfach 2 51
95602 Marktredwitz
Tel. 09231 / 509 916
Fax 09231 / 509 918
E-Mail: agi-ev@t-online.de
www.agi-ev.de

Bankeinzugsermächtigung SEPA-Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer DE98ZZZ00000153017

Kreditinstitut	Kontoinhaber
Konto-Nr.	Bankleitzahl
IBAN-Nr.	BIC

Ich/wir ermächtige/n die **AGI hochfranken plus e.V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **AGI hochfranken plus 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.

Ort, Datum

Unterschrift