

An die
Kreishandwerkerschaft Emscher-Lippe-West
Emscherstr. 44
45891 Gelsenkirchen

Beitrittserklärung

*** Pflichtfeld**

* Name, Vorname: _____

* Firma: _____

* Anschrift: _____

* Telefon: _____ *E-Mail: _____

* Telefax: _____ *Internet: _____

*Berufsgenossenschaft: _____

* Mitgliedsnr. bei BG: _____

Hiermit beantrage ich zum _____, frühestens mit dem Tag der Eintragung in die Handwerksrolle, die
Innungsmitgliedschaft zur _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich den Beitritt zur Innung, die Kenntnisnahme des Inhalts der Innungssatzung sowie die Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung. Des Weiteren bin damit einverstanden, dass sich die Innung als Grundlage für die Beitragsermittlung von der o. g. Berufsgenossenschaft die Lohn- und Gehaltssumme meines Betriebes einholen lässt und entbinde insoweit die Berufsgenossenschaft von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Mit der Veröffentlichung meiner Unternehmensbezogenen Daten auf dem Internetauftritt der Kreishandwerkerschaft/Innung bin ich einverstanden. Diese Erklärung ist freiwillig und jederzeit widerruflich.

Ort und Datum

Unterschrift

Nehmen Sie an unserem bequemen und zuverlässigen Lastschriftverfahren teil, so brauchen Sie dazu lediglich die zweite Seite vollständig ausfüllen. Eine Ausfertigung des Mandates reichen wir für Sie an Ihre Hausbank weiter.

Kreishandwerkerschaft
 Emscher-Lippe-West
 Emscherstr. 44
 45891 Gelsenkirchen

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat / SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:	Kreishandwerkerschaft Emscher-Lippe-West
Straße und Hausnummer / Street name and number:	Emscherstr. 44
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country:
45891 Gelsenkirchen	Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:	DE6200100000052785
Mandatsreferenz / Mandate reference (Betriebsnummer):	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin / Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin / Wir sind berechtigt, mein / unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.</p> <p>By signing this mandate form, you authorize 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 (name see above).</p> <p>This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.</p>	
Zahlungsart / Type of payment:	Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment
Name des Zahlungspflichtigen / Debtor name:	
Straße und Hausnummer / Street name and number:	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters)	
BIC / BIC:	
Ort / Location, Datum / Date:	
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	