



Mitgliedsantrag für den Eintritt in den Gewerbeverein Neustadt in Holstein e.V.

Ich beantrage für die Firma

die Mitgliedschaft im Gewerbeverein Neustadt in Holstein e.V.

ab sofort - ab dem Datum

Über die Gebührensatzung des Gewerbevereins bin ich informiert

Datum / Unterschrift /Stempel

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Seiten aus und senden Sie diese per Post an den Gewerbeverein
oder per E-Mail an: vorstand@gewerbeverein-neustadt.de

Gewerbeverein e.V. Neustadt
Postfach 1462
23724 Neustadt in Holstein



Fragebogen Teil 1

Alle Felder mit einem * sind erforderlich.

Firmenname wie Handelsregistereintrag *	
Firmenname Außenwirkung *	
Firmeninhaber	
Name *	
Vorname *	
Ansprechpartner	
Name	
Vorname	
Firmen-Anschrift	
Straße *	
PLZ *	
Ort *	
Telefon	
Fax	
Mobil-Tel.	
E-Mail *	
Website	
Lage *	Stadtrand 1 B Lage 1 A Lage
Mitarbeiter *	bis 3 4 - 7 8 - 12 13 - 20 21 - 30 über 30
Kundenfläche *	bis 50 qm 51 - 150 qm 151 - 300 qm 301 - 1.000 qm 1.001 - 3.000 qm über 3.000qm
Branche *	Handwerk Dienstleistung Handel/Gastronomie Banken



Gewerbeverein Neustadt in Holstein

Bitte senden an
Gewerbeverein Neustadt in Holstein e.V.
Postfach 1462
23724 Neustadt in Holstein
oder per E-Mail an:
vorstand@gewerbeverein-neustadt.de

Kontodaten

Kontoinhaber *

BIC *

IBAN *

Bank *

Zahlung per Einzugsermächtigung *

Ja

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Gewerbeverein
Neustadt in Holstein e. V.
Postfach 1462
23724 Neustadt in Holstein

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE48ZZZ00000055462

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Gewerbeverein Neustadt in Holstein e. V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Gewerbeverein Neustadt in Holstein e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Urschrift für den Zahlungsempfänger



Fragebogen Teil 2

Bitte die jeweiligen Kategorien ankreuzen

Apotheke	IT - Internet	Ver- und Entsorgung
Architekt	Juwelier	Versicherung
Auto	Kosmetik	Werbung
Bäckerei	Krankenkasse	Zahntechnik
Bank	Küche	Banken
Bau	Kunst	Sport
Beratung	Lebensmittel	Spielwaren
Bildung	Maler	Schreibwaren
Blumen	Maschinenbau	Bücher
Brautmoden	Metallbau	Schmuck
CD Produktion	Mode	Herrenmode
Elektro	Optiker	Damenmode
Fahrrad	Print	Umstandskleidung
Fahrschule	Raumausstatter	Kindermode
Fahrzeuglackierung	Recht	Zeitungen
Fahrzeugtransport	Reinigung	
Gastronomie	Reise	
Gebäudereinigung	Sanitär	
Geschenkartikel	Schuhe	
Glaserei	Stadtwerke	
Handel	Steuerberater	
Haushaltswaren	Tabak/Zeitschriften	
Heimtextilien	Tankstelle	
Heimwerkbedarf	Tierhaltung	
Heizung	Tischlerei	
Immobilien	Unterkünfte	