

Schöne Aussichten
Verband selbständiger Frauen e.V.
Geschäftsstelle
Weidkamp 180
45356 Essen

Tel.: 0221 – 677 856 09-0
Fax: 0221 – 677 856 09-9
info@schoene-aussichten.de
www.schoene-aussichten.de



Aufnahmeantrag

Ich beantrage zum 01. Mitfrau im Verein

Monat Jahr

„Schöne Aussichten - Verband selbständiger Frauen e.V.“ zu werden.

Firma/Tätigkeit

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Strasse, Nummer

Telefon

mobil

E-mail

Internet

Berufsbezeichnung

Branche

Jahr der Gründung

Unternehmensgegenstand (zusätzliche Stichworte)

Rechtsform

Zahl MitarbeiterInnen

Ihre Kontaktdaten werden von uns gespeichert, um den Mitgliedsbeitrag einzuziehen, Sie zu Veranstaltungen einzuladen oder über Aktivitäten zu informieren.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass **meine Adressdaten** inklusive Branche/ Unternehmensgegenstand auf der Webseite www.schoene-aussichten.de Bitte ankreuzen:

Ja

Nein

im öffentlichen Bereich veröffentlicht werden

Ich bestätige, eine Ausfertigung der Satzung erhalten bzw. bei www.schoene-aussichten.de herunter geladen und von ihrem Inhalt Kenntnis genommen zu haben. Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

Datum

Unterschrift

Wenn es in Ihrer Region einen Regionalverband Schöne Aussichten e.V. gibt, sind Sie automatisch auch dort als Mitfrau aufgenommen. Bitte reichen Sie diesen Antrag dann in Ihrer Region ein. Er wird von dort an die Geschäftsstelle weitergeleitet. Die Adressen und Ansprechpartnerinnen finden Sie unter www.schoene-aussichten.de.

Auskunft gibt auch die Geschäftsstelle unter info@schoene-aussichten.de

Beitragsätze:	einmalige		
	Aufnahmegebühr	jährlich	monatlich
Normal	30 €	120 €	10 €
ermäßigt für Existenzgründerinnen	30 €	60 €	5 €

Die Ermäßigung wird bis 3 Jahre nach der Gründung gewährt, ausschlaggebend ist das Jahr der Gründung, nicht der Vereinsbeitritt. Der Gründungsbeitrag wird nur dann angesetzt, wenn ein entsprechender Nachweis, wie z.B. Kopie von Gewerbeanmeldung/HR Auszug, bei Freiberuflerinnen Steuernummer und Finanzamt, vorliegt.

Der Beitritt ist zum Ersten jeden Kalendermonats möglich. Im Eintrittsjahr sind die monatlichen Beiträge bis Jahresende und die Aufnahmegebühr fällig.

Ab dem Folgejahr ist jeweils der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Jahres bis spätestens 01. März zu fällig. Im Regelfall erfolgt die Beitragszahlung durch Einziehung mit dem SEPA-Basis-Lastschriftverfahren. Bei Nichtteilnahme am Lastschriftinzugsverfahren wird eine Bearbeitungsgebühr von 10 Euro jährlich erhoben.

Der Jahresbeitrag wird am 01. März jeden Beitragsjahres eingezogen. Sollte der 01. März auf einen Wochenend- oder Feiertag fallen, erfolgt der Einzug am nächsten Arbeitstag.

Bei Neueintritt werden die fälligen Beträge in der Regel im auf die Aufnahmebestätigung folgenden Monat eingezogen.

Bei Zahlungsverzug über einundzwanzig Tage werden Mahngebühren von 4,00 € pro Mahnung erhoben.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum 31.10. eines jeden Jahres zum Jahresende möglich.

Die Mitgliederverwaltung erfolgt durch Datenverarbeitung (EDV). Die personenbezogenen Daten der Mitglieder werden nach dem Bundesdatenschutzgesetz gespeichert.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers Schöne Aussichten Verband selbständiger Frauen e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers Straße und Hausnummer Helenenwallstr. 20a	
Postleitzahl und Ort 50679 Köln	Land Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer DE86 ZZZ 00000494479	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	Land
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)	
BIC des Zahlungspflichtigen (8 oder 11 Stellen)	
Ort	Datum (TT/MM/JJJJ)
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	

Dieses Formular bitte im Original einreichen.