

# Stadtmarketing- und Gewerbeverein Gelnhausen e.V.



Stadt mit Tradition und Lebensqualität.

## Beitrittserklärung

Ich /Wir erkläre(n) hiermit meinen/unseren Beitritt zum

\_\_\_\_\_ in den Stadtmarketing- und Gewerbeverein Gelnhausen e.V.

Der für Sie gültige Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der Gesamtzahl der in Ihrem Unternehmen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitarbeiter. Berechnungsgrundlage ist die Anzahl der Vollzeitkräfte.

Teilzeitkräfte werden summiert und auf Vollzeit umgerechnet.

Auszubildende werden nicht berücksichtigt.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit jährlich:

- a.) bis zu 5 Mitarbeiter/innen 200,00 €
- b.) von 6 bis 25 Mitarbeiter/innen 300,00 €
- c.) ab 26 Mitarbeiter/innen 500,00 €

zuzüglich der jeweils gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Name/Firma des Mitglieds: \_\_\_\_\_

Branche: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-mail Adresse: \_\_\_\_\_

Internetpräsenz: \_\_\_\_\_

Gründungsjahr: \_\_\_\_\_

Anzahl der Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

1. Vorsitzende  
Petra Schmidt

**Postanschrift**  
Postfach 13 13  
63553 Gelnhausen

**Geschäftsstelle**  
Langgasse 18  
63571 Gelnhausen  
Tel.: 06051-88 89 58  
Fax: 06051-88 38 280

info@stadtmarketing-gelnhausen.de  
www.stadtmarketing-gelnhausen.de

USt-ID: DE 213701452

(wird vom Verein ausgefüllt!)

Vermerke

Datum

Unterschrift/Stempel

# Stadtmarketing- und Gewerbeverein Gelnhausen e.V.



Stadt mit Tradition und Lebensqualität

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 51ZZZ00000381328**

**Mandatsreferenz= wird vom Verein ausgefüllt**

Hiermit ermächtige ich den Stadtmarketing- und Gewerbeverein Gelnhausen e.V., Zahlungen, insbesondere Mitgliedsbeiträge für das oben angeführte Mitglied, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Stadtmarketing- und Gewerbeverein Gelnhausen e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel