

Beitrittserklärung

Mitgliedsnummer: _____
(wird von uns ausgefüllt)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum DMB-Mieterverein Hohenlohekreis e.V. gemäß den Bedingungen der Vereinssatzung und den vom Vorstand festgesetzten Konditionen und Geschäftsbedingungen. Ich bestätige, dass ich die Informationen zur Gruppenrechtsschutzversicherung zur Kenntnis genommen habe und mit der Geltung der dort genannten Bedingungen einverstanden bin.



MITGLIED IM DEUTSCHEN MIETERBUND
TELEFON 07941 / 92 91-0
TELEFAX 07941 / 92 91-90
E-MAIL service@willenberg-koch.de

Hauptmitglied (bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen)

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Partnermitglied

Vor- und Nachname: _____

Mir ist außerdem bekannt, dass es sich bei dem Mitgliedsbeitrag um einen kalenderjährlichen Beitrag richtet, der stets zum 01.01. eines Jahres fällig wird, unabhängig von meinem Beitrittsdatum (momentan 80 € pro Jahr). Ich wähle folgende Zahlungsweise:

- ☐ Überweisung/Bar Mir ist bekannt, dass **zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag Bearbeitungsgebühren zu bezahlen sind** (5 €).
Mir ist bekannt die Zahlung **spätestens zum 01.01.** auf das Konto des Mietervereins überwiesen werden muss (DE05 6225 1550 0000 0120 74).
Mir ist bekannt, dass ich **85 € pro Jahr** bezahlen muss.
- ☐ Lastschrift Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag zum 01.01. fällig wird und die Abbuchung in der Regel Anfang Januar erfolgt.
Mir ist bekannt, dass ich **80 € pro Jahr** bezahlen muss.

Datum

Unterschrift Hauptmitglied

Unterschrift Partnermitglied

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den DMB-Mieterverein Hohenlohekreis e.V., Obere Gartenstraße 10, 74613 Öhringen, den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unseren Kontos einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom DMB-Mieterverein Hohenlohekreis 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Mandatsreferenz (wird von uns ausgefüllt/Mitgliedsnummer): _____

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: DE __|____|____|____|____|__ BIC: _____

Datum

Unterschrift Kontoinhaber