

Franchise hilft! Notfallfonds e.V.
 Iserstr. 8-10, Biomalz-Fabrik, Haus 1
 14513 Teltow
 T: 03328 - 444 56 20
 post@franchise-hilft.de



ANTRAG

auf Aufnahme als Ordentliches Mitglied in den Franchise hilft! Notfallfonds e.V.

Hiermit beantrage ich, gemäß den zum Zeitpunkt dieser Antragstellung geltenden Aufnahmebedingungen, als ordentliches Mitglied in den Franchise hilft! Notfallfonds e.V. aufgenommen zu werden.

Ordentliche Mitglieder können nur natürliche Personen werden. Der monatliche Beitrag beträgt 25,00 Euro.

Name

Vorname

Titel

Private Anschrift

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Berufliche Anschrift

Marke

Firma

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Die Übermittlung meiner Post als Mitglied des Franchise hilft! Notfallfonds e.V. wünsche ich an (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Private Anschrift

Berufliche Anschrift

Telefon

Mobil

Fax

E-Mail

Geburtsdatum	
Franchisemarke	
Position (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
Franchisenehmer	<input type="checkbox"/>
Franchisegeber	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter/in eines Franchisenehmers	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter/in eines Franchisegebers	<input type="checkbox"/>
Dienstleister	<input type="checkbox"/>
Bestätigung: Ich habe die Satzung des Franchise hilft! Notfallfonds e.V. erhalten, gelesen und verstanden.	JA / NEIN
Hinweis: Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und nur für interne Zwecke (z.B. Gremienarbeit) verwendet.	—
Einverständnis: Ich bin damit einverstanden, das meine ordentliche Mitgliedschaft im Franchise hilft! Notfallfonds e.V. unter Nennung meines Namens und meiner Zugehörigkeit zu einer Firma und Franchisemarke z.B. auf der website www.franchise-hilft.com oder in Pressemitteilungen öffentlich kommuniziert werden darf.	JA / NEIN
Ort und Datum	
Unterschrift	

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger	Franchise hilft! Notfallfonds e.V., Iserstr. 8-10, 14513 Teltow
Gläubiger-ID-Nummer:	folgt
Mitgliedsnummer / Mandatsreferenz	(wird vom Verein ausgefüllt)
Die ordentliche Mitgliedschaft kostet monatlich 25 Euro. Ich ermächtige den Franchise hilft! Notfallfonds e.V. diesen Beitrag an jedem 1. des Monats für den laufenden Monat von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Meine Kontoverbindung lautet wie folgt:	
Name und Vorname (Kontoinhaber)	
Kreditinstitut	
IBAN	
ggf. BIC	
Ort, Datum / Unterschrift des Kontoinhabers	
Zum Anfang eines jeweiligen Kalenderjahres erhält jedes ordentliche Mitglied automatisch eine Spendenquittung über die im Vorjahr geleisteten Mitgliedsbeiträge.	