

# Beitrittserklärung



\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Firma/Unternehmen

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Branche

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Homepage

Hiermit bestätige ich meine Einwilligung zum Empfang des regelmäßigen Newsletters vom CoworkationALPS e.V. (bitte ankreuzen).

Ich bin mit meiner Unterschrift einverstanden, dass ich oder mein Unternehmen namentlich als Mitglied des CoworkationALPS e.V. bei Veröffentlichungen, insbesondere auf dessen Homepage genannt wird. Wie in der Satzung beschrieben: Der Datenschutz und der gesetzeskonforme Umgang mit den Daten unserer Vereinsmitglieder ist uns wichtig. Aus diesem Grund setzen wir die Vorgaben der DSGVO sowie des BDSG um. Den Mitgliedern werden ausführliche Informationen zum Datenschutz in geeigneter Weise bereitgestellt, zum Beispiel über ein Merkblatt im Internet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Originalunterschrift erforderlich)

Der für die Mitgliedschaft zu entrichtende Jahresbeitrag wird gestaffelt erhoben (bitte ankreuzen):

Beitragsklasse	Art der Mitgliedschaft	Jahresbeitrag
<input type="checkbox"/>	Natürliche Person	50,00 €
<input type="checkbox"/>	Juristische Personen des öffentlichen Rechts (Gemeinden etc.)	1.000,00 €
<input type="checkbox"/>	Organisationen der Regionalentwicklung	2.500,00 €
	Unternehmen (unabhängig von der Rechtsform)	
<input type="checkbox"/>	- unter 10 Mitarbeiter	250,00 €
<input type="checkbox"/>	- 11 bis 99 Mitarbeiter	500,00 €
<input type="checkbox"/>	- ab 100 Mitarbeiter	1.000,00 €

Mandatsnummer: \_\_\_\_\_ (wird vom CoworkationALPS e.V. ausgefüllt)

## Einzugsermächtigung

**SEPA- Basis – Lastschriftmandat**

CoworkationALPS e.V | c/o SMG Standortmarketing-Gesellschaft Landkreis Miesbach mbH  
Rathausplatz 2 | 83714 Miesbach  
Gläubiger - Identifikationsnummer: DE10ZZZ00002254554

Ich ermächtige den CoworkationALPS e.V. widerruflich, die jeweils fälligen Beiträge mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom CoworkationALPS 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.

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Originalunterschrift erforderlich)

Mitteilung nach § 33 Bundesdatenschutzgesetz: Die von Ihnen angegebenen Daten werden zur Sachbearbeitung verwendet.