



Bestatterverband Bayern e. V.
-Geschäftsstelle-
Nymphenburger Straße 118
80636 München

AUFNAHMEANTRAG FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Ich stelle hiermit den Antrag zur Neuaufnahme in den Bestatterverband Bayern e. V. als Förderndes Mitglied.

Firmenname _____

PLZ _____ Ort _____

ANGABEN ZUR FIRMA

Anschrift des Hauptbetriebes _____

Telefon _____ Telefax _____

Email _____ Homepage: www. _____

In welcher Rechtsform wird die Firma betrieben?

oHG KG GmbH GbR Einzelfirma andere _____

Im Handelsregister eingetragen ?

nein ja, Amtsgericht _____ Nr.: _____

seit: _____

BESTATTERVERBAND BAYERN E. V.



Die o. g. Firma ist

Hersteller Händler _____

folgender Waren und/oder Leistungen für das Bestattungsgewerbe:

Die Firmengründung erfolgte im Jahr _____

Name des Inhabers

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Name(n) der/des Geschäftsführer(s) / Gesellschafter(s)

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Ort, Datum

Unterschrift d. Antragstellers, Firmenstempel



Gemäß § 9, Nr. 9 der Satzung des Bestatterverbandes Bayern e. V. werden fällige Beiträge im Lastschriftverfahren eingezogen. Bitte füllen Sie das nachfolgende SEPA-Lastschriftmandat aus und reichen es zusammen mit Ihrem Mitgliedsantrag ein. Eine Abbuchung erfolgt erst, wenn Ihre Mitgliedschaft bestätigt wird.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Bestatterverband Bayern e. V.
Nymphenburger Straße 118
80636 München

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE20ZZZ00000980667

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers] **Bestatterverband Bayern e. V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] **Bestatterverband Bayern 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)