



**Bocholter Schaustellerverein e.V. – Robert– Bosch Str. 1 – 46397 Bocholt**

## **Aufnahme – Antrag**

Hiermit bitte ich um Aufnahme in die vorgenannte Berufsorganisation ab dem \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Postanschrift: PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postfach: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Funktelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Art der/s Betriebe/s:

\_\_\_\_\_

Reisegewerbekarte Nr.: \_\_\_\_\_ ausgestellt am: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

*Ich erkenne die Satzung und Ordnungen des Verbandes/Vereins an.*

In welchen, dem DSB angeschlossenen Verbänden sind Sie außerdem noch Mitglied:

---

Beitrag für den Bocholter Schaustellerverein:	100,00 €
Beitrag für die ArGe der Schaustellerverbände in NRW:	15,00 €
Beitrag für den Deutschen Schaustellerbund inkl. 30€ Tagungspauschale:	<u>230,00 €</u>
<b>Der jährliche Gesamtbeitrag beträgt:</b>	<b><u>345,00 €</u></b>

*Nach Erhalt der Rechnung zu zahlen.*

Als **Aufnahmegebühr** ist ein einmaliger Betrag fällig:

Mitglied: 50,00 €

Anmerkung:

Der BOH-Schaustellerverband verarbeitet die in diesem Aufnahmeantrag enthaltenen Angaben zu Ihrer Person für ausschließlich interne Zwecke des Verbandes.

Nach § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes vom 27. Januar 1977 bedarf dies Ihrer vorherigen schriftlichen

Einwilligung, die Sie gleichzeitig mit dem Antrag auf Mitgliedschaft in dem DSB erteilen. Es wird zugesichert, dass Ihre Daten unter strikter Beachtung der Bestimmung des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
- Ort und Datum -

\_\_\_\_\_  
- Unterschrift -

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Bocholter Schaustellerverein e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Robert- Bosch Str. 1

**Postleitzahl und Ort:**

46397 Bocholt

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE30ZZZ00002678763

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**