

# BEITRITTSERKLÄRUNG/AUFNAHMEANTRAG

**Sehr geehrte Damen und Herren,  
Ich/wir erkläre/-n, dem „ProCit Geretsried“ e. V. beizutreten:**

Geschäft/Firma: \_\_\_\_\_

Inhaber: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Telefax: \_\_\_\_\_

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

Monatliche Beiträge laut Beitragssatzung:

Innenbereich:

Mitglieder mit

0-5	Mitarbeiter	€ 25,00	<input type="checkbox"/>	Freiberufler, Ärzte, Immobilieneigentümer	€ 15,00	<input type="checkbox"/>
6-10	Mitarbeiter	€ 35,00	<input type="checkbox"/>			
ab 11	Mitarbeiter	€ 50,00	<input type="checkbox"/>			

Außenbereich:

0-5	Mitarbeiter	€ 15,00	<input type="checkbox"/>	Privatpersonen, Vereine, sonstige Interessensgruppen	€ 35,00	<input type="checkbox"/>
6-10	Mitarbeiter	€ 20,00	<input type="checkbox"/>			
ab 11	Mitarbeiter	€ 25,00	<input type="checkbox"/>			

Ich/wir erkenne(n) die Satzung des Vereins sowie die derzeit aktuell gültige Beitragsordnung an.  
Mit der elektronischen Speicherung und Verwendung meiner/unserer persönlichen Daten -  
soweit erforderlich - erkläre(n) ich mich/wir uns ausdrücklich einverstanden.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift/-en

## **Einzugsermächtigung:**

Des Weiteren ermächtige/-n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden  
Mitgliedsbeitrag gemäß Beitragsordnung zu Lasten meines/unseres Kontos

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

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

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

mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist,  
besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

info@procitgeretsried.de

Fax: 08171/6783

82538 Geretsried

Schlesische Str.11

ProCit Geretsried e.V. Ludwig Schmid