



ALLIANZ DER VERBÄNDE

Antrag auf Mitgliedschaft

In der Allianz der Verbände e.V.

Hiermit möchte unsere Organisation die Mitgliedschaft beantragen

Angaben zur Organisation

Name	
Präsident(in)/Vorsitzende(r)	
Geschäftsführung	
Ansprechpartner für die ADV	

Hausanschrift

Straße, Nr.	
Postfach	
PLZ, Ort	
Telefon	
Fax	
Mail	
Internet	

Angaben zur Mitgliedschaft

Wie wurden Sie auf die ADV.e.V. aufmerksam?

Internet

Veranstaltung

Persönlicher Kontakt

Sonstiges (bitte angeben):

Was erwarten Sie von einer Mitgliedschaft bei der ADV?

Mitglieder-Profil

In welchem Sektor bzw. Welchen Sektoren ist Ihre Organisation tätig?

Welche Themen haben für Sie besondere Relevanz?

Ist Ihre Organisation Mitglied in einem europäischen Dachverband?

ja nein

Falls ja, bei welchem?

Angaben zur Beitragszahlung

Ansprechpartner:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Ggf. abweichende
Rechnungsadresse:

Name:

Straße, Nr.:

Postfach:

PLZ, Ort:

Höhe des Mitgliedsbeitrages (bitte Beitragsordnung der ADV beachten):

1.000 Euro

Die vorstehenden Angaben werden erforderlichenfalls datentechnisch erfasst. Sie werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Satzung und Beitragsordnung haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Stempel/Rechtsverbindliche Unterschrift

Hinweis: Auf der folgenden Seite haben Sie die Möglichkeit, zur Zahlung des Mitgliedsbeitrags ein SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. Ohne Lastschriftmandat ist der Mitgliedsbeitrag nach Erhalt einer Rechnung zu begleichen. Die Versendung der Rechnung erfolgt am Anfang eines jeden Jahres. Der Betrag ist bis zum 31.3. desselben Jahres zu begleichen. Andernfalls tritt der Verzug ein. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Satzung und der Beitragsordnung.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates (optional)

Zahlungsempfänger:

Allianz der Verbände e.V.
Bauhofstraße 1
10117 Berlin

Die Mandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Allianz der Verbände e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Allianz der Verbände 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontodaten des Zahlungspflichtigen

Kontoinhaber

Straße, Nr.

Postleitzahl, Ort

IBAN

BIC

Ort/Datum

Stempel/Rechtsverbindliche Unterschrift