

Verwaltung-WW

Antrag erfasst am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_

Zugehörigkeit [RG / FG]: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr: 

# MITGLIEDSANTRAG

**JA, ich möchte Mitglied bei den Wirtschaftsweibern werden.**

DIESES FORMULAR IST DIGITAL BESCHREIBBAR • SONST BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN! DANKE.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TITEL	VORNAME*	NAME*	GEBURTSTAG
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
STRASSE, HAUS-NR.*		UNTERNEHMEN / ORGANISATION / BEHÖRDE / UNI / SONSTIGES *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ*	ORT*	BUNDESLAND*	POSITION*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON [MOBIL]*	E-MAIL*	BERUFLICHES PROFIL [XING / LinkedIn]*	

Die mit \* gekennzeichneten Daten sind Pflichtfelder. Die übrigen Angaben dienen der Mitgliederbetreuung. Über den Antrag entscheidet der Vorstand (Sitzung).

**Wirtschaftsweib\*** Vollmitgliedschaft mit Stimmrecht  
Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt 200 € pro Kalenderjahr.

**Ermäßigung\*** 100 € pro Kalenderjahr  
während Studium, Ausbildung, Existenzgründung, Elternzeit / Pflegezeit, Arbeitslosigkeit, andauernder Krankheit und Ruhestand (jährliche Beantragung)

Region:

- Berlin     NRW (Köln)     Rhein-Main  
 Hamburg     Stuttgart     Rhein-Neckar (Mannheim)  
 München

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Empfehlung Koordinatorin   Fachgruppe	<input type="text"/>
Ort, Datum*	Unterschrift Antragstellerin*	Zustimmung Bundesvorstand	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Schutz Ihrer Daten!  
[www.wirtschaftsweiber.de/Datenschutz](http://www.wirtschaftsweiber.de/Datenschutz)

## Ermächtigung zum Lastschriftinzugsverfahren und SEPA-Mandat

Ich ermächtige den Verein **Wirtschaftsweiber e. V. Prenzlauer Allee 186 • 10405 Berlin** [Amtsgericht Charlottenburg 14057 Berlin, VR27495B] Zahlungsempfängerin unter **Gläubiger-Identifikationsnummer DE58ZZZ00001198039** widerruflich, die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift vom u.g. Konto einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die entsprechenden Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Kosten für eine Nichteinlösung werden in Rechnung gestellt.

**Der Mitgliedsbeitrag (Betrag s.u.) wird jährlich im Februar/März eingezogen.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KREDITINSTITUT* [BANKNAME]	KONTOINHABERIN* [NAME, VORNAME]	GESAMTBETRAG IN EURO*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN*	Zusatz im Verwendungszweck?	BIC-SWIFT*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum*	Unterschrift Kontoinhaberin*	