

ANMELDEFORMULAR ZUR MITGLIEDSCHAFT

Ja, ich möchte Mitglied der WISPO werden. Ich leiste den Jahresbeitrag in Höhe von

40 € als Privatperson 200 € als Firma

Name, Vorname, Firma:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum (bei Privatpersonen) _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenmäßige Zeichnung

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE26ZZZ00001226066**

Mandatsreferenz: (Mitgliedsnummer)

Hiermit ermächtige ich die WISPO, den von mir zu entrichtenden Beitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der WISPO auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____

Bank: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenmäßige Zeichnung