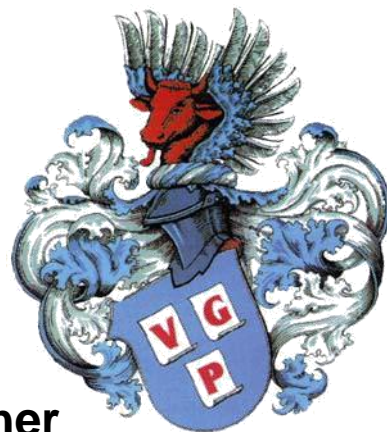


# Beitrittserklärung

Bitte gut leserlich und vollständig ausfüllen!



**V**ereinigung  
**G**ernsbacher  
**P**apiermacher e.V.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtstag: .....

Telefon: ...../.....

PLZ / Ort: .....

Fax: ...../.....

Straße: .....

E-Mail: .....

beschäftigt als: .....

bei Firma: .....

Ich habe / nehme am Meisterkurs ..... teilgenommen / teil

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur „Vereinigung Gernsbacher Papiermacher e.V.“

Ordentliches Mitglied kann werden, wer Teilnehmer an einem Meisterausbildungskurs der Papiermacherschule Gernsbach – Schulzentrum für Papiertechnik war. Weiterhin kann ordentliches Mitglied werden, wer als Fachkraft in der Papierindustrie, der Papierverarbeitung oder der Zulieferindustrie tätig ist oder war. Dies beinhaltet insbesondere die Tätigkeit als Papiertechnologe, Papiermacher oder Meister. Der Beitritt erfolgt über schriftliche Beitrittserklärung, sowie deren Annahme durch den Vorstand.

Ich würde gerne in der Vorstandschaft mitarbeiten:

Ja

Nein

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 45 € pro Jahr

Gernsbach, den .....

.....  
**Unterschrift des Mitgliedes**

Anhang: SEPA Einzugsermächtigung

VGP e.V. IBAN: DE85 6655 0070 0060 0210 11 BIC: SOLADES1RAS Steuernummer: 39074/03202

[www.gernsbacher-meister.de](http://www.gernsbacher-meister.de)

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Vereinigung Gernsbacher Papiermacher e.V. – Steuernummer 39074/03202

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Reinhard Pollok  
**Straße und Hausnummer:**  
Priebuserstraße 2  
**Postleitzahl und Ort:**  
76571 Gaggenau

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE19ZZZ00000470465

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

VGP Jahresbeitrag

Name / Vorname

**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.

Vom Mitglied auszufüllen

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung ( jährlich )       Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer:**

**Postleitzahl und Ort:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

DE

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

**Ort:**

**Datum (TT/MM/JJJJ):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**