

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ALS FÖRDERMITGLIED BEI SCHWARZWALD TOURISMUS KINZIGTAL e.V.

Name, Vorname _____

Firma _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Internet _____

Facebook _____

Instagram _____

Telefon, Fax _____

Ich beantrage / wir beantragen die Mitgliedschaft als förderndes Mitglied bei Schwarzwald Tourismus Kinzigtal e.V. zum nächstmöglichen Termin.

Die derzeit gültige Beitragsordnung und die Markenordnung, jeweils in der Fassung vom 20.05.2019, habe ich / haben wir erhalten. Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns, insbesondere die Markenordnung in der jeweils gültigen Fassung strikt zu beachten.

Angaben zur Berechnung des Jahresbeitrags nach §3 der Beitragsordnung (bitte ankreuzen):

- Beherbergungsbetrieb mit _____ Schlafzimmern
- Gruppenhaus
- Campingplatz bis 60 Stellplätze
- Campingplatz über 60 Stellplätze
- Feriendorf bis 50 vermietbare Einheiten
- Feriendorf über 50 vermietbare Einheiten
- Gastronomiebetrieb ohne Beherbergung, Einzelhandel, Handwerk, freie Berufe
- Touristische Einrichtung / Sehenswürdigkeit ohne Eintritt
- Touristische Einrichtung / Sehenswürdigkeit mit Eintritt, bis 10.000 Besucher pro Jahr
- Touristische Einrichtung / Sehenswürdigkeit mit Eintritt, 10.001 bis 150.000 Besucher pro Jahr
- Touristische Einrichtung / Sehenswürdigkeit mit Eintritt, über 150.000 Besucher pro Jahr
- Kreditinstitut, sonstiger Betrieb

Ort, Datum

Unterschrift

Schwarzwald Tourismus Kinzigtal e.V.
Hauptstraße 41, 77709 Wolfach



**SEPA-Lastschriftmandat
für Mitgliedsbeiträge**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00002039373

Mandatsreferenz: STK e.V. Mitgliedsbeitrag
(Hinweis: Zusätzlich wird das Kalenderjahr auf der Abbuchung angegeben.
Es handelt sich um eine wiederkehrende Zahlung.)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Schwarzwald Tourismus Kinzigtal e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Schwarzwald Tourismus Kinzigtal 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.

Kontoinhaber:

Name, Vorname _____

Firma/Hausname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Kreditinstitut _____

IBAN DE _____

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers