

ANTRAG AUF ORDENTLICHE MITGLIEDSCHAFT

NEM Verband mittelständischer europäischer Hersteller
und Distributoren von Nahrungsergänzungsmitteln & Gesundheitsprodukten e.V.
Horst-Uhlig-Str. 3, D – 56291 Laudert, Fax: + 49 (0) 6746 / 80298 – 21



Bitte um Zusendung per FAX, per Post oder per E-Mail an: info@nem-ev.de

Unternehmen:

Geschäftsführer/geschäftsführender Gesellschafter:

Gesellschafter:

Ansprechpartner: *(Vor- und Zuname)*

Straße:

PLZ, Ort:

Handelsregister-Nr./Amtsgericht:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Homepage:

Die ordentliche Mitgliedschaft beim NEM e.V. – inkl. Abteilung COS – beantrage ich:

zum Jahresbeitrag von 700,00 €.

als Existenzgründer zum Jahresbeitrag von 350,00 € für die ersten beiden Jahre.
Eine Kopie der Gewerbeanmeldung ist diesem Antrag beigelegt.

als Kleinstunternehmer zum Jahresbeitrag von 120,00 €.
Der Nachweis laut Umsatzsteuergesetz ist diesem Antrag beigelegt.

Ich wähle folgende Zahlungsweise (nur bei SEPA-Lastschriftmandat möglich):

Jährlich (Fälligkeit 10.01. eines jeden Jahres)

Halbjährlich (Fälligkeit 10.01. und 10.07. eines jeden Jahres)

Vierteljährlich (Fälligkeit 10.01., 10.04., 10.07., 10.10. eines jeden Jahres)

Bitte lassen Sie mir über den Jahresbeitrag eine Rechnung zukommen.

Die Kündigungsfrist ist in unserer Satzung in § 3 Mitgliedschaft geregelt und beträgt 3 Monate vor Jahresende.

Ort, Datum

Unterschrift/Mitgliedschaft/ Firmenstempel

Für ein SEPA-Lastschriftmandat bitte auch Seite 2 ausfüllen!

ANTRAG AUF ORDENTLICHE MITGLIEDSCHAFT

NEM Verband mittelständischer europäischer Hersteller
und Distributoren von Nahrungsergänzungsmitteln & Gesundheitsprodukten e.V.
Horst-Uhlig-Str. 3, D – 56291 Laudert, Fax: + 49 (0) 6746 / 80298 – 21



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000222380

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Mandatsreferenz ist Ihre Mitgliedsnummer und wird Ihnen per Mail mitgeteilt.

Ich ermächtige den NEM e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom NEM e.V. 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.

Kontoinhaber: *(Vor- und Zuname)*

Straße:

PLZ, Ort:

IBAN:

BIC: *(8 oder 11 Stellen)*

Ort, Datum

Unterschrift/SEPA-Lastschrift