

An den
Bundesverband zur
Unternehmens-Förderung e.V. (**B.U.F. e.V.**)
Camesstr. 59
47807 Krefeld

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den **B.U.F. e.V.** Der Mitgliedsbeitrag ist **100 € pro Jahr**.

Name:				Vorname:			
Nationalität:				Geb.-Datum:			
Firma:							
Straße:	Nr.:	PLZ:	Ort:				
Postfach:		PLZ:	Ort:				
Telefon:				Telefax:			
eMail:				Homepage:			

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE27 ZZZ0 0000 7044 79 Mandatsreferenz-Nr. wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den B.U.F. e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von dem B.U.F. e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der erste SEPA-Lastschrifteinzug spätestens fünf Geschäftstage zuvor angekündigt wird.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank, Ort:	BIC:
_____	_____

IBAN (22 Zeichen):

Unterschrift des Kontoinhabers:	Kontoinhaber:
_____	_____

Das SEPA-Lastschrift-Mandat wird erteilt für

- den jährlichen **B.U.F.- Mitgliedsbeitrag** (100€, fällig im Voraus ab Beginn der Mitgliedschaft)
- die Einrichtungsgebühr für die Anmeldung zur Gruppenversicherung bei **Allianz Worldwide Care (AWC)**. Diese beträgt **einmalig** (50€ zzgl. gesetzl. MwSt) **59,50€** pro Person bzw. Familie. Nach positiver Risikoprüfung wird diese Gebühr eingezogen.
- die **Beiträge** zur Gruppen-Krankenversicherung bei **Allianz Worldwide Care (AWC)**.
- die Beiträge zur **Risiko- und/oder Berufsunfähigkeitsversicherung** bei **Allianz Worldwide Care (AWC)**.
- die Einrichtungsgebühr für die Anmeldung zur Gruppenkrankenversicherung bei der **HanseMerkur Versicherung**. Diese beträgt **einmalig** (50€ zzgl. gesetzl. MwSt) **59,50€** pro Person bzw. Familie. Nach positiver Risikoprüfung wird diese Gebühr eingezogen.
- die Einrichtungsgebühr für die Anmeldung zur Gruppenkrankenversicherung bei der **Hallesche Krankenversicherung**. Diese beträgt **einmalig** (50€ zzgl. gesetzl. MwSt) **59,50€** pro Person bzw. Familie. Nach positiver Risikoprüfung wird diese Gebühr eingezogen.

Einwilligung:

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass der B.U.F. e.V. mit mir/uns zukünftig per eMail, Telefax oder Telefon zu Informationszwecken in Verbindung treten darf.

Ort

_____, den _____

Unterschrift / Stempel des Antragstellers