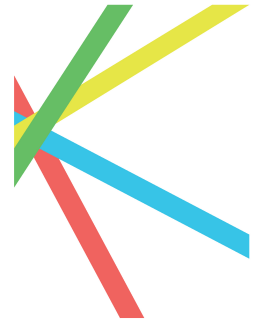


Antrag für die Mitgliedschaft im Werbe- und Förderungskreis Waldshut e. V.

IN
WALDS
HUT
GENIESSEN



Werbe- und Förderungskreis Waldshut e.V.
Wallstraße 28
79761 Waldshut-Tiengen

Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus.
(Mit * gekennzeichnete Felder sind zwingend auszufüllen)

Firma*	Telefon*
Vorname*	Mobil*
Nachname*	Telefax
Straße*	E-Mail
PLZ/Ort*	Webseite

Tarife

☐ Handel 03					
Größe	Kaiserstraße		Stadtgebiet		Außenbezirke
< 100 m ²	☐ € 250, -	01	☐ € 150, -	02	☐ € 100, - 03
100 – 300 m ²	☐ € 350, -	04	☐ € 200, -	05	☐ € 150, - 06
300 – 1.000 m ²	☐ € 500, -	07	☐ € 300, -	08	☐ € 200, - 09
> 1.000 m ²	☐ € 2.500, -	10	☐ € 1.500, -	11	☐ € 250, - 12

☐ Handwerk, Dienstleistung, prod. Gewerbe, Großhandel							03
< 5 MA	01	6 – 20 MA	14	21 – 100 MA	15	> 100 MA	16
☐ € 100, -		☐ € 150, -		☐ € 250, -		☐ € 500, -	

Alle Preise zuzüglich 19% MwSt.

☐ Gastronomie 04			
Kaiserstraße	17	übriges Gebiet	18
☐ € 250, -		☐ € 150, -	

☐ Imbiss 06			
Kaiserstraße	19	übriges Gebiet	20
☐ € 150, -		☐ € 100, -	

☐ Weitere Tarife 07		
☐ Freie Berufe, Verein	€ 100, -	19
☐ Autohaus/Vermietung	€ 250, -	22
☐ Sonstige	€ 300, -	23
☐ Privatperson	€ 50, -	24

Einzugsermächtigung

SEPA-Lastschriftmandat siehe Seite 2.

Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

IN
WALDS
HUT

GENIESSEN



Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Werbe- und Förderungskreis Waldshut e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Wallstraße 28

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
79761 Waldshut-Teigen

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE16ZZ00000484293

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):
Mitteilung nachträglich per Post

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Werbe- und Förderungskreis Waldshut e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) welse ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Werbe- und Förderungskreis Waldshut 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor Werbe- und Förderungskreis Waldshut e.V. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor Werbe- und Förderungskreis Waldshut e.V..

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus!

Zahlungsart / Type of payment:

☐ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent Payment

☐ Einmalige / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signautre(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.