



Geschäftsstelle: Büro extern -  
Zeiligstraße 6 - 76694 Forst  
Tel. 0 72 51 / 98 93 43 - Fax 0 72 51 / 30 18 88  
[weber@vsse.de](mailto:weber@vsse.de) - [www.vsse.de](http://www.vsse.de)

(Stand 01. 2017)

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verband Süddeutscher Spargel- und Erdbeeranbauer e.V. (VSSE)

Erzeugung von: (Mehrfachauswahl möglich)

**Ordentliches Mitglied:**

Spargel  
Erdbeeren

**Außerordentliches Mitglied:**

Sonst. Gemüse  
Sonst. Obst

.....  
Vor- und Zuname (in Blockschrift)

.....  
Straße/Postfach

.....  
Postleitzahl /Ort

.....  
Telefon

.....  
Fax

.....  
E-mail

.....  
Mobil

.....  
Website

---

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt 140 € (zzgl. 19 % USt. auf 25 % des Beitrages) pro Jahr.**

Mit der Unterschrift stimmen Sie den Datenschutzrichtlinien des VSSE zu und insbesondere per E-Mail und Post Informationen und Angebote vom VSSE sowie von Dritten über den VSSE-Vorteilsbrief zu erhalten. **Ihre Daten werden nicht weitergegeben.**

Bitten füllen Sie das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat aus und faxen es uns mit der Beitrittserklärung an: **0 72 51 / 30 18 88** oder mailen es an: [weber@vsse.de](mailto:weber@vsse.de)

Datum: ..... Unterschrift: .....

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Verband Süddeutscher Spargel- und  
Erdbeeranbauer e.V.  
Geschäftsstelle:  
Büro extern  
Zeiligstraße 6  
76694 Forst

**Wiederkehrende Zahlungen**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**ID 218539**

[Mandatsreferenz]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
Verband Süddeutscher Spargel- und Erdbeeranbauer e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
Verband Süddeutscher Spargel- und Erdbeeranbauer 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN  
**DE**

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)