Deutscher Mieterbund

MIETERVEREIN SINDELFINGEN

für den Landkreis Böblingen e.V.

**B e i t r i t t s e r k l ä r u n g**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anrede:** **Vorname:** | | **NNachname:** | | **Geb.Datum:** | |
| **\*Anrede:** **Vorname:** | | **Nachname:** | | **Geb.Datum:** | |
| **Straße/Nr.:** | **PLZ:** | **Ort:** | | |
| **Tel.:** | **Email:** | | |  |

\* kein zusätzlicher Beitrag für 2.Mitglied

|  |  |
| --- | --- |
| Mitglied **ohne** bestehende Mietrechtsschutzversicherung: Grundbeitrag 2024 43,00 €  DMB-Mietrechtsschutzversicherung 23,40 € Einmalige Aufnahmegebühr 25,00 €  91,40 € | Mitglied **mit** bestehender Mietrechtsschutzversicherung: **(Kopie der Mietrechtsschutzversicherung ist beigefügt)** Grundbeitrag 2024 43,00 € Einmalige Aufnahmegebühr 25,00 €  68,00 € |

Mieterzeitung als Onlineausgabe gewünscht (Email-Adresse erforderlich)

Mieterzeitung als Druckausgabe gewünscht

Mieterzeitung nicht gewünscht

**Die Mitgliedschaft umfasst Beratung für eine selbstbewohnte Wohnung. -Mindestmitgliedschaft 2 Jahre-**

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum DMB-Mieterverein Sindelfingen für den Landkreis Böblingen e.V. gemäß den Bedingungen der Vereinssatzung und den vom Vorstand festgesetzten Konditionen und Geschäftsbedingungen.**

**Den Datenschutzhinweis, insbesondere zu den Informationspflichten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), habe ich zustimmend zur Kenntnis genommen.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort:** | **Unterschrift 1. Mitglied:** |
| **Datum:** | **Unterschrift 2. Mitglied:** |

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:**

Ich / wir ermächtige/n den Mieterverein Sindelfingen für den Landkreis Böblingen e.V., Gläubigeridentifikationsnummer DE23ZZZ00000991380, widerruflich, Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mieterverein Sindelfingen für den Landkreis Böblingen e.V. auf mein /unserem Konto gezogene Lastschrift 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.

Gem. § 4 III der Satzung des Vereins wird bei Zahlung per Rechnung eine Aufwandspauschale in Höhe von 3,00 € berechnet.

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN: |  |
| BIC: |  |
| Name der Bank: |  |

Kontoinhaber und Anschrift (wenn von Mitgliedsdaten abweichend):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | | |  |
| Straße: | | PLZ: | Ort: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Unterschrift für SEPA-Einzug: |

Bei Neuaufnahmen erfolgt der erste Einzug in der ersten Woche nach dem Beitritt. Der Folgebeitrag jeweils am 1. Bankarbeitstag des Jahres.