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:** 02.01.2024 | **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.