



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Südpfalz Tourismus Kandel e.V.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Name Betrieb / Verein: _____

Ich bin / wir sind: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|----------------------------------|---|------------------------------------|
| 1. Winzer / Landwirte | <input type="checkbox"/> Hofladen | <input type="checkbox"/> Weinstube |
| 2. Zimmervermieter | <input type="checkbox"/> Gewerblicher Zimmervermieter | Bettenzahl: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Privatzimmervermieter | Bettenzahl: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ferienwohnung | Bettenzahl: _____ |
| 3. Gastronom | <input type="checkbox"/> Restaurant | Anzahl Sitzplätze: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Imbiss/Schankwirtschaft | Anzahl Sitzplätze: _____ |
| 4. Anbieter sonstiger Leistungen | (z.B. Gästeführer, Einzelhandel, etc.)
Bezeichnung der Leistung: _____ | |
| 5. Sonstiges Mitglied: | <input type="checkbox"/> Privat | |
| | <input type="checkbox"/> Juristische Person | |
| | <input type="checkbox"/> Wirtschaftliches Unternehmen | |

Hinweis:

Der Antragsteller hat sicherzustellen, dass die angebotenen Objekte allen gesetzlichen vorgeschriebenen Bestimmungen (wie beispielsweise baurechtlichen Vorschriften, etc.) entsprechen. Die Einhaltung rechtlicher Vorschriften obliegt dem Anbieter. Eine Haftung für die Einhaltung rechtlicher Vorschriften (z.B. Baurecht, Wettbewerbsrecht) übernimmt der Südpfalz-Tourismus durch die Bewerbung im Rahmen der Mitgliedschaft nicht.

Ich bin bereit, den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag entsprechend der Beitragssatzung des Südpfalz Tourismus Kandel e.V. zu zahlen.

Ort, Datum
Abbuchungsermächtigung

Unterschrift

Ich/Wir ermächtige(n) den Südpfalz-Tourismus Landkreis Germersheim e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Südpfalz-Tourismus Landkreis Germersheim 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.

Jahresbeitrag in Höhe von € _____

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____ BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____