



Verband Ostfriesischer Sachverständiger e. V. – 26603 Aurich

**Vorstand:**

<b>Vorsitzender</b>	<b>Horst Amstätter</b>
<b>Stellv. Vorsitzender</b>	<b>Frieder Prell</b>
<b>Kassenwart</b>	<b>Friedrich Lüpkes</b>
<b>Schriftführer</b>	<b>Johannes Bley</b>

**Vereinsregister Aurich 200326**

**Sitz: Straße des Handwerks 2, 26603 Aurich**

**Beitrittserklärung**

Unter Anerkennung der Satzung und dem Einverständnis, dass die persönlichen Daten für Vereinszwecke gespeichert und genutzt werden können, beantrage(n) ich/ wir die Mitgliedschaft in dem Verein Verband Ostfriesischer Sachverständiger e.V.

Mir/uns ist bekannt, dass sich der jährliche Mitgliedsbeitrag zurzeit wie folgt zusammensetzt:

- Für Einzelmitglieder als natürliche Personen und Personengesellschaften 120,00 €
- Für juristische Personen 150,00 €
- Bei Zusammenschlüssen mehrerer Sachverständiger in der Form der juristische Person oder Personengesellschaft erfolgt ein Zusatzbeitrag in Höhe von 120,00 € je Sachverständiger

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird ausschließlich im Lastschriftverfahren erhoben.

Name, Vorname/Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bestellungsgebiet: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E - Mail: \_\_\_\_\_

Sollte mein Konto im Zeitpunkt der Beitragseinziehung nicht die erforderliche Deckung aufweisen und entstehen dem Verein durch die Zahlungsverweigerung des kontoführenden Instituts weitere Kosten, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten. Die Einzugsermächtigung ist bis zu meinem Widerruf gültig.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum/Unterschrift/Firmenstempel



Verband Ostfriesischer Sachverständiger e. V.  
Straße des Handwerks 2  
26603 Aurich

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE48ZZZ00000360236**

### **Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige den Verein Verband Ostfriesischer Sachverständiger e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Verband Ostfriesischer Sachverständiger e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

.....  
Name, Vorname/Firma:  
(Kontoinhaber)

.....  
Straße und Hausnummer:

.....  
Postleitzahl und Ort:

..... / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC):

DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum/Unterschrift/Firmenstempel