



ANTRAG AUF

MITGLIEDSCHAFT IM TANKSTELLENGEWERBE BAYERN

Genaue

Firmenbezeichnung

Eigentümer / Pächter / Geschäftsführer

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

Treibstoffmarke*

Betreiber der Station seit*

Kraftstoffabsatz im Vorjahr in Litern*

Shopgröße in m²*

Öffnungszeiten wöchentlich in Stunden*

Anzahl beschäftigter Personen
im Jahresschnitt*

Durchschnittliche Provision/
Rohgewinn in Cent/100 l Kraftstoff*

*Die Erfassung dient ausschließlich statistischen Zwecken!

Wir/Ich beantrage(n) hiermit unseren/meinen Beitritt als Mitglied im Tankstellengewerbe Bayern. Die Satzung des Verbandes habe(n) wir/ich erhalten.

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

Mitgliedsbeiträge

Unser Mitgliedsbeitrag beträgt 350,- Euro pro Jahr. Sie können also bereits für weniger als 30 Euro im Monat die gesamten Dienstleistungen Ihres Berufsverbandes in Anspruch nehmen.

Für Mitglieder mit mehreren Stationen wird ein Zusatzbeitrag für jede weitere Station von 35,- Euro erhoben.

Zusammen mit der ersten Beitragsrechnung wird eine Aufnahmegebühr in Höhe eines Jahresmitgliedsbeitrags erhoben. Die Aufnahmegebühr entfällt, wenn zwischen Aufnahme des Tankstellenbetriebs und Antrag auf Mitgliedschaft weniger als drei Jahre liegen. Soll die Aufnahmegebühr nicht zur Anwendung kommen, ist dem Aufnahmeantrag eine Gewerbeanmeldung beizufügen.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Verband des Kraftfahrzeuggewerbes Bayern e.V. – Fachverband Tankstelle – Gärtnerstr. 86 80992 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04ZZZ00000036466

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich/Wir ermächtige(n) den Verband des Kraftfahrzeuggewerbes Bayern e.V. – Fachverband Tankstelle, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verband des Kraftfahrzeuggewerbes Bayern e.V. – Fachverband Tankstelle auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Kreditinstitut

BIC _____ | ____

IBAN D E _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Ort / Datum

Unterschrift

Nur für Mehrfachbetreiber

Anzahl der Stationen insgesamt

Anschrift der weiteren Station

Anschrift der weiteren Station

Anschrift der weiteren Station

Ausfüllhinweise

Die oberste Adressangabe auf der Vorderseite verwenden wir als Anschrift für unseren Briefverkehr und Versand unseres Mitgliedermagazins. Die Faxnummer und die eMail-Adresse sind für uns wichtig, um Ihnen unsere Informationen zeitnah zukommen zu lassen. Mehrfachbetreiber geben bitte die statistischen Werte getrennt für jede Station an, beispielsweise »Öffnungsduer wöchentlich in Stunden: 168 h / 126 h / 168 h«.