

Beitrittserklärung

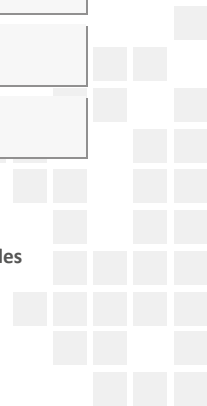
Mitglieds-Nr.: _____
(wird vom FSH ausgefüllt)

An den
 Fachverband Spielhallen (FSH)
 - Geschäftsstelle -
 Am Weidendamm 1 A
 10117 Berlin
 Fax 030 12074328-9
 info@fachverband-spielhallen.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/ wir meinen/ unseren Beitritt zum Fachverband Spielhallen (FSH) und erkenne(n) die von der Mitgliederversammlung beschlossene Satzung an.

Firma	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon mit Vorwahl	Telefax mit Vorwahl
Inhaber*in/ Geschäftsführer *in	geb. am
E-Mail	
Inhaber*in/ Geschäftsführer*in	geb. am
E-Mail	
Inhaber*in/ Geschäftsführer *in	geb. am
E-Mail	
Internet	
Die Firma wurde gegründet am	
Ich bin/ Wir sind weiterhin Mitglied in folgenden Verbänden	



Selbsteinschätzung

weniger als 34 Geldspielgeräte in Spielhallen	<input type="checkbox"/>	600,00 € /Jahr
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Geldspielgeräte in Spielhallen	<input type="checkbox"/>	18,00 € /GSG /Jahr
mehr als 166 Geldspielgeräte in Spielhallen	<input type="checkbox"/>	3.500,00 € /Jahr
keine Angabe	<input type="checkbox"/>	3.500,00 € /Jahr
Das Unternehmen betreibt keine Geldspielgeräte in Spielhallen, sondern beantragt die Fördermitgliedschaft nach Satzung	<input type="checkbox"/>	1.800,00 € /Jahr
Datum		
Unterschriften		

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Fachverband Spielhallen e.V. (Am Weidedamm 1a, 10117 Berlin / Gläubiger-Id: DE55ZZZ00001218948), den wiederkehrenden Mitgliedsbeitrag von meinem (unseren) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (wir weisen unser) Kreditinstitut an, die vom Fachverband Spielhallen 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in	
Adresse	
IBAN	SWIFT-BIC
Geldinstitut	
gewünschter Termin für den Beitragseinzug	<input type="checkbox"/> komplett jeweils zum 31. Januar des Kj. <input type="checkbox"/> hälftig je zum 31. Januar/ 31. Juli des Kj.
Datum	
Unterschrift(en) Kontoinhaber*in	