



# Beitrittserklärung



Mieterbund Schwerin

Mieterbund Ludwigslust

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Mieterbund Schwerin ab dem

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, (Zusatz)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Tel. dienstlich

\_\_\_\_\_  
Tel. privat

\_\_\_\_\_  
Email

\*MGNr.:

## Mitmieter

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins an. *(Die Aufnahme gilt als vollzogen, wenn der Vorstand nicht innerhalb von einem Monat dem Antrag widerspricht)* **Anspruch auf persönliche Rechtsberatung entsteht erst, wenn der erste anteilige Jahresbeitrag, sowie die Aufnahmegebühr in bar entrichtet sind.**

## Zahlungsarten

SEPA- Lastschriftmandat (**Bitte Rückseite ausfüllen**)

Abweichend vom SEPA-Lastschriftmandat, wird vereinbart, dass der Beitrag jeweils zum 31.01. des Jahres auf unser Konto eingezahlt wird (**siehe Mitgliedskarte**).

Barzahler

Ich erhalte ALG 2 bzw. Wohngeld ab 35 € und beantrage die ermäßigte Beitragszahlung. Ein aktueller ALG 2 bzw. Wohngeldbescheid wird eingereicht (bis spätestens 15.01. des laufenden Jahres)

Ich möchte, dass mir die Mieterzeitung des Deutschen Mieterbundes sechs Mal pro Jahr zugeschickt wird und übernehme dafür die Portokosten in Höhe von 3 € pro Jahr.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## Angaben zum Vermieter

\_\_\_\_\_  
Firmenname/ Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### DMB Mieterbund Schwerin und Umgebung e.V.

Dr.-Külz-Straße 18, 19053 Schwerin

Gläubiger-Identifikationsnummer      DE 81ZZZ00000308814

Mandatsreferenz      \_\_\_\_\_      (durch Empfänger vergeben)  
(Mitglieds-Nr.)

#### **SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat (Wiederkehrende Zahlungen)**

Ich ermächtige den Mieterbund Schwerin, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mieterbund 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name Kontoinhaber

**Kreditinstitut Name und KontoNr:** \_\_\_\_\_

**IBAN:**                      **DE**    \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

\_\_\_\_\_  
, den  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift