



WIWA

WIRTSCHAFT
FÜR WARENDORF

DIENSTLEISTUNG
EINZELHANDEL
GASTRONOMIE/HOTEL/TOURISMUS
HANDWERK
IMMOBILIENBESITZER
INDUSTRIE
LANDWIRTSCHAFT
REITEREI
GESUNDHEIT

WIWA

ist Ihr Zukunfts-Netzwerk

- ✓ Verbesserung der **Rahmenbedingungen** für die Wirtschaft im Raum Warendorf
- ✓ aktive **Interessenvertretung** der Mitglieder in der Öffentlichkeit und in öffentlichen Gremien
- ✓ Ansprechpartner als **Stimme der Wirtschaft** für Politik, öffentliche Verwaltung, Verbände und andere Wirtschaftsteilnehmer
- ✓ **Verständnis für wirtschaftliche Belange** und des Ansehens der Wirtschaft fördern
- ✓ **Meinungs- und Erfahrungsaustausch** sowie die Meinungsbildung unter den Mitgliedern fördern
- ✓ Förderung der **Zusammenarbeit und der Vernetzung** zwischen den im Wirtschaftsraum Warendorf tätigen Unternehmen, Gewerbetreibenden, Freiberuflern und sonst wirtschaftlich tätigen Institutionen

WIWA freut sich auf Sie als Mitglied!

Senden Sie uns den ausgefüllten Mitgliedsantrag zurück.



WIWA

WIRTSCHAFT
FÜR WARENDORF

WIRTSCHAFTSFORUM
WARENDORF E.V.

✓ **Ja, ich bin dabei und
melde mich für drei Jahre an:**

Vorname/Name _____

Unternehmen _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Bereits Mitglied in diesem lokalen Gewerbeverein:

**Mein Unternehmen ist
wie folgt einzuordnen:**

Alle Beiträge pro Monat.

Diese Tabelle ist zur Beschluss-
fassung vorgesehen.

*MA = Mitarbeiter

Industrie/Großhandel	<input type="checkbox"/>	(pauschal 100 €)
Einzelhandel	<input type="checkbox"/> ≤ 100 qm (20 €)	<input type="checkbox"/> ≤ 1000 qm (50 €) <input type="checkbox"/> > 1000 qm (200 €)
Handwerk	<input type="checkbox"/> ≤ 10 MA* (20 €)	<input type="checkbox"/> ≤ 20 MA* (40 €) <input type="checkbox"/> > 20 MA* (60 €)
Gastronomie	<input type="checkbox"/> ≤ 40 Plätze (50 €)	<input type="checkbox"/> > 40 Plätze (80 €)
Hotel/Pension	<input type="text"/>	Zimmer * 5 €/mtl. = <input type="text"/> €
Bildungsträger	<input type="checkbox"/>	(pauschal 42 €)
Immobilienbes. Gewerbefl.	<input type="text"/>	m ² * 0,20 €/mtl. = <input type="text"/> €
Dienstleister/Freiberufler	<input type="checkbox"/>	(pauschal 30 €)
Bestandsmitglieder	<input type="checkbox"/>	gem. §4 Abs. 5 neue Satzung (pauschal 10 €)



Datum, Unterschrift

www.wiwa-warendorf.de | info@wiwa-warendorf.de

Die Satzung und die Abfrage zum Abbuchungsverfahren gehen Ihnen im Nachgang der nächsten Mitgliederversammlung mit Wahl des Vorstands zu (noch nicht terminiert).
Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben und verarbeitet.

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

WIWA – Wirtschaft für Warendorf
c/o Rudolf Berger
Freckenhorster Str. 6
48231 Warendorf

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE31ZZZ00001010927

Mandatsreferenz (vom Gläubiger auszufüllen)

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

WIWA – Wirtschaft für Warendorf
c/o Rudolf Berger
Freckenhorster Str. 6
48231 Warendorf

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE31ZZZ00001010927

Mandatsreferenz (vom Gläubiger auszufüllen)

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)