



# 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

✓ **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.**

\*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 <sup>2</sup> * 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](http://www.wiwa-warendorf.de) | [info@wiwa-warendorf.de](mailto:info@wiwa-warendorf.de)

Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben und verarbeitet.

Stand: Oktober 2020

# SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

*Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)*

WIWA Warendorf e. V.  
c/o Teutemacher Glas GmbH  
Thomas Pinnekamp  
Südstr. 1-5  
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 Warendorf e. V.  
c/o Teutemacher Glas GmbH  
Thomas Pinnekamp  
Südstr. 1-5  
48231 Warendorf

*Gläubiger-Identifikationsnummer*  
DE31ZZZ00001010927

*Mandatsreferenz (vom Gläubiger auszufüllen)*

**Wiederkehrende Zahlungen**

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)*