

## Antrag auf FIRMENMITGLIEDSCHAFT

|   |  |
|---|--|
| Firmenname / Behörde  |  |
| Die Firma wird vertreten durch  |  |
| Name, Vorname   |  |
| Strasse   |  |
| PLZ Ort   |  |
| Rechnungsadresse  |  |
| Strasse   |  |
| PLZ Ort   |  |
| Besondere Rechnungsmodalitäten, Kundennummer, sonstige Angaben                        |  |
|   |  |
| <input type="checkbox"/> Bezahlung des Jahresbeitrags per Lastschriftverfahren        |  |
| <input type="checkbox"/> Bezahlung des Jahresbeitrags per Überweisung mit Rechnung    |  |
| Personen, die die Firmenmitgliedschaft umfasst, auf Seite 2 bitte gesondert benennen. |  |

Mit unserem Antrag auf Mitgliedschaft erklären wir uns einverstanden, dass unsere Daten zum Zwecke des fachlichen, kollegialen Austausches untereinander, nicht aber an kommerzielle Fachverbände weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Datum    Unterschrift

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Der Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit e.V. wird auf Widerruf ermächtigt, jährlich den satzungsmäßigen Mitgliedsbeitrag von unserem Konto abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
Bankverbindung

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Personen, die die Firmenmitgliedschaft umfasst

| Firmenname / Behörde |                          |  |
|----------------------|--------------------------|--|
| <b>1</b>             | Name, Vorname            |  |
|                      | Geburtsdatum             |  |
|                      | Strasse                  |  |
|                      | PLZ Ort                  |  |
|                      | Ausbildungsabschluss     |  |
|                      | Ausgeübte Tätigkeit      |  |
|                      | Abteilung / Dienststelle |  |
|                      | Telefon /Fax             |  |
|                      | E-Mail                   |  |
| <b>2</b>             | Name, Vorname            |  |
|                      | Geburtsdatum             |  |
|                      | Strasse                  |  |
|                      | PLZ Ort                  |  |
|                      | Ausbildungsabschluss     |  |
|                      | Ausgeübte Tätigkeit      |  |
|                      | Abteilung / Dienststelle |  |
|                      | Telefon /Fax             |  |
|                      | E-Mail                   |  |
| <b>3</b>             | Name, Vorname            |  |
|                      | Geburtsdatum             |  |
|                      | Strasse                  |  |
|                      | PLZ Ort                  |  |
|                      | Ausbildungsabschluss     |  |
|                      | Ausgeübte Tätigkeit      |  |
|                      | Abteilung / Dienststelle |  |
|                      | Telefon /Fax             |  |
|                      | E-Mail                   |  |