

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum WeimarerAnwaltVerein.

Name:

Zulassungstag:

Kanzleiadresse:

Sozietät/Bürogemeinschaft:

Privatadresse:

Telefon/Fax/Kanzlei:

E-Mail Kanzlei:

Telefon/Fax/privat:

OLG-Zulassung: ja / nein

Fachanwaltsbezeichnung:

Besondere Tätigkeitsschwerpunkte (max. 5):

.....

.....

....., den

.....

(Unterschrift)

Die Mitgliedschaft beginnt zum 1. des auf den Eingang der Beitrittserklärung folgenden Monats. Der jährliche Mitgliedsbeitrag für den WeimarerAnwaltVerein beträgt 75,00 EUR. **Zusätzlich** sind 127,37 EUR pro Jahr der Mitgliedschaft an den DAV abzuführen. Junge, neu zugelassene Kollegen sind in den ersten beiden Jahren nach ihrer Erstzulassung von dem Zusatzbeitrag an den DAV befreit. Der jeweils zu zahlende Gesamtbetrag ist jeweils bis zum 30.03. jeden Jahres in einer Summe fällig und ohne weitere Aufforderung auf das Beitragskonto des Vereins der Sparkasse Mittelthüringen, BLZ 820 510 00, Konto-Nr. 301004854 zu zahlen.

Mit anliegendem Lastschriftzugriffsmandat ermächtige ich den WeimarerAnwaltVerein, den jeweils fälligen Beitrag jährlich von meinem Konto einzuziehen.

.....

(Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Weimarer Anwaltverein

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Buchenwaldplatz 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

99423 Weimar

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier:

DE15 ZZ 0000 1460 907

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Mitgliedsbeitragseinzug

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Weimarer Anwaltverein**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Weimarer Anwaltverein** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Weimarer Anwaltverein** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Weimarer Anwaltverein**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Weimar

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: