

Verlag Dr. Otto Schmidt KG  
Gustav-Heinemann-Ufer 58  
50968 Köln

**Bitte ausfüllen und faxen:**  
**0221/9 37 38-943**

## Beitrittserklärung zur Centrale für GmbH

Sollten Sie Fragen haben oder Informationen benötigen, rufen Sie uns gerne an unter  
0221-9 37 38-466

---

Name/Firma

---

Straße

---

E-Mail

---

Ort

**Voll-Mitgliedschaft** ab 725 Euro (zzgl. USt.)

Die Mitgliedschaft soll am \_\_\_\_\_ beginnen und gilt bis zum Jahresende. Sie verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht vor Ablauf mit einmonatiger Frist schriftlich gekündigt wird.

**Mitgliedschaft Einzel**

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis/Einpersonen-GmbH                 | 725 Euro |
| <input type="checkbox"/> Einzelberater einer Sozietät/<br>Gesellschaft | 725 Euro |

**Mitgliedschaft Sozietät/Gesellschaft**

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> ab 2 Sozien/Partner | 772 Euro |
|--|----------|

Über den Jahresbeitrag erhalte/n ich/wir von Ihnen eine Rechnung.

Ich (Wir) zahle(n)

- per Überweisung nach Rechnungstellung
- per Einzugsermächtigung (bitte das beigegebene Zusatzblatt zur SEPA-Basislastschrift ausfüllen)
- Ich bin damit einverstanden, dass Sie mir bis auf Widerruf auch per E-Mail wichtige Fachinformationen für Centrale-Mitglieder zusenden.
- Ich möchte den Mitglieder-Rundbrief zusätzlich per E-Mail beziehen.

---

Ort/Datum

---

Stempel/Unterschrift

Verlag Dr. Otto Schmidt KG  
Finanz- und Rechnungswesen  
Gustav-Heinemann-Ufer 58  
50968 Köln

Tel. +49 (0)221 93738-01  
Fax +49 (0)221 93738-933

## SEPA-Basislastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00000106943

Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Ich ermächtige die Verlag Dr. Otto Schmidt KG bis auf schriftlichen Widerruf, Zahlungen für sämtliche Geschäftsbeziehungen mit der Verlag Dr. Otto Schmidt KG von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verlag Dr. Otto Schmidt KG 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.

**Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen:**

Kd.-Nr. (sofern bekannt)

Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut

BIC

(mindestens 8-stellig, maximal 11-stellig)

DE

IBAN

Ort, Datum, Unterschrift(en)

Stempel (sofern vorhanden)