



An den Verband der Schausteller  
und Marktkaufleute  
Anne-Conway-Straße 1  
  
28359 Bremen

**Verband der Schausteller und  
Marktkaufleute Bremen e.V. (VSMB)**

Anne-Conway-Straße 1  
28359 Bremen  
verband@bsm-bremen.de  
www.bsm-bremen.de

## **Aufnahmeantrag beim Verband der Schausteller und Marktkaufleute Bremen e.V.**

Schausteller € 300,00 / Jahr – Marktkaufleute € 180,00 / Jahr – Fördermitglieder € 125,00 / Jahr

Wir sind ein starker Partner an Ihrer Seite.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Verband der Schausteller und Marktkaufleute Bremen e.V.**,  
Anne-Conway-Straße 1, 28239 Bremen, Tel.: 0421/ 6441513, E-Mail: [verband@bsm-bremen.de](mailto:verband@bsm-bremen.de)

Name	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	
Tel.-Nr.	
Mobil-Tel.	
E-Mail	
Tätig als <i>(bitte auswählen)</i>	<input type="checkbox"/> Schausteller <input type="checkbox"/> Marktkauffrau/Mann <input type="checkbox"/> Fördermitglied
Branche <i>(bitte auswählen):</i>	<input type="checkbox"/> Imbiss <input type="checkbox"/> Fahrgeschäft <input type="checkbox"/> Spielgeschäft <input type="checkbox"/> Ausschank <input type="checkbox"/> Sonstiges
Name des Geschäftes	
Ort/Datum	
Unterschrift	

**Mitgliederwerbung von (nur ausfüllen  
wenn Sie von einem Mitglied geworben wurden):**

**Enspannt zahlen per SEPA-Basislastschriftmandat:** Bitte füllen Sie das Mandat auf der Folgeseite aus und senden  
uns den Antrag per Mail oder auf dem Postweg zurück.

# Einzugsermächtigung

SEPA-Basislastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69ZZZ00000577332

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verband der Schausteller und Marktkaufleute Bremen e.V. (VdSM), Anne-Conway-Str. 1, 28359 Bremen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VdSM auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Zahlungsart: jährlich wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber	
Straße/Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
IBAN	
BIC	
Ort/Datum	
Unterschrift	

Dieses Formular unterliegt bei uns den strikten Datenschutz-Richtlinien!

**Wir freuen uns, dass Sie dabei  
sein möchten,**

**Ihr BSM Bremen**