

Beitragsordnung

Lebensmittelinstitut KIN e.V.

(Stand: Beschluss der Mitgliederversammlung vom 22.09.2023)

1. Antrag auf Mitgliedschaft

Ich/wir erkläre(n) hiermit meinen/unseren Beitritt zum Lebensmittelinstitut KIN e.V. zum _____ .
Die Satzung ist mir/uns bekannt.

2. Mitgliedsbeitrag

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt:

Auswahl <small>(bitte ankreuzen)</small>	Kategorie	Beitrag in €	Anrechnung in € der KIN-Bildung*
<input type="checkbox"/>	1 – 25 Mitarbeiter (m/w/d)	500,-	500,-
<input type="checkbox"/>	26 - 100 Mitarbeiter (m/w/d)	1.000,-	1.000,-
<input type="checkbox"/>	101 - 250 Mitarbeiter (m/w/d)	2.000,-	2.000,-
<input type="checkbox"/>	251 - 500 Mitarbeiter (m/w/d)	3.000,-	3.000,-
<input type="checkbox"/>	ab 501 Mitarbeiter (m/w/d)	4.000,-	4.000,-
<input type="checkbox"/>	Firmengruppen/ NGOs ...	7.000,-	7.000,-

*gültig im jeweiligen Beitragsjahr

3. Weitere Regelungen

Der Mitgliedsbeitrag ist zu Beginn des Kalenderjahres fällig und wird bei Wunsch im Bankeinzugsverfahren eingezogen.

Bei unterjährigem Eintritt in den Verein wird der fällige Betrag auf Basis voller Mitgliedschaftsmonate anteilig berechnet.

Über die Aufnahme in den Verein entscheidet der Vorstand mit einfacher Stimmenmehrheit. Es gelten die Satzung und Beitragsordnung in ihrer jeweils letzten verabschiedeten Version.

Hiermit beantrage/n ich/wir den Beitritt zum Lebensmittelinstitut KIN e.V.

Mit der Aufnahme in den Verein erkläre/n ich mich/wir uns bereit, den Jahresbeitrag, gemäß der Beitragsordnung des Vereins, zu entrichten: _____ Euro. Gleichzeitig übersenden wir dem Lebensmittelinstitut KIN e.V. eine Kurzbeschreibung von meiner/unser Firma

Antragsteller

Name / Firma:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Mit der Verwendung des Firmenlogos im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit und Marketingmaßnahmen bin ich/sind wir einverstanden: ja nein
Gleichzeitig übersenden wir dem Lebensmittelinstitut KIN e.V. eine Kurzbeschreibung von meiner/unser Firma für die Veröffentlichung auf der Homepage im KIN-Mitgliederbereich

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift, Stempel

Hauptansprechpartner (Vertretungsberechtigte Person (m/w/d) für die Mitgliederversammlung):

Name Ansprechpartner (-in)

Funktion

Ansprechpartner (Vor- und Zuname)

Uns ist die Kommunikation mit unseren Mitgliedern sehr wichtig und damit wir immer die richtigen Ansprechpartner für die von uns mitzuteilenden Informationen besitzen, bitten wir Sie untenstehende wichtige Ansprechpartner, soweit vorhanden einzutragen.

Geschäftsleitung (Produktion, Logistik) E-Mail

Geschäftsleitung (Marketing, Vertrieb) E-Mail

Werkleitung / Produktionsleitung E-Mail

Leitung Qualitätsmanagement /-sicherung E-Mail

Leitung Produktentwicklung E-Mail

Leitung Einkauf E-Mail

Leitung Personalabteilung E-Mail

Leitung Marketing / Produktmanagement E-Mail

Antrag auf Aufnahme als Mitglied in das Netzwerk des Lebensmittelinstituts KIN e.V.

Der Verein lebt von der aktiven Mitarbeit seiner Mitglieder, ein entsprechendes Engagement beispielsweise in Projekten wird daher vorausgesetzt. Um eine effektive Zusammenarbeit zu gewährleisten, bitten wir die Antragsteller im Folgenden darzustellen, was sie sich von der Vereinsmitgliedschaft versprechen und in welchem Bereich diese mit Ihrem spezifischen Fachwissen zur Projektarbeit beitragen könnten.

Folgendes erwarte/n ich/wir von einer Mitgliedschaft:

Folgende inhaltlichen Impulse und fachliches Know-how kann ich/können wir zum Nutzen aller einbringen:

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE98ZZZ00000903700

SEPA-Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Verein, die von mir/uns jährlich zu entrichtende Zahlung für die Mitgliedschaft beim Lebensmittelinstitut KIN e.V. gemäß der Satzung in Höhe

von _____ Euro / Jahr

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

IBAN-Nr.: _____ BIC: _____

bei: _____

mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die auf mein/unser Konto vom Gläubiger gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Der aktuelle Jahresbeitrag ist der Beitragsordnung zu entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Kontobevollmächtigte(r) , Stempel