

Bitte zurück an

Kommunaler Arbeitgeberverband
Schleswig-Holstein
Reventlouallee 6
24105 Kiel

A n s c h r i f t

.....
.....

.....
Bezeichnung (bitte genaue Bezeichnung mit Rechtsform)

.....
Straße, Hausnummer

.....

Postleitzahl

Ort

.....
Telefon (mit Vorwahl)

.....
E-Mail

Wir sind

01 <input type="checkbox"/> kreisfreie Stadt	02 <input type="checkbox"/> kreisangehörige Stadt	03 <input type="checkbox"/> Kreis
04 <input type="checkbox"/> Amt	05 <input type="checkbox"/> amtsfreie Gemeinde	06 <input type="checkbox"/> amtsangehörige Gemeinde
07 <input type="checkbox"/> Zweckverband	08 <input type="checkbox"/> Sparkasse	09 <input type="checkbox"/> sonstige Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts
10 <input type="checkbox"/> GmbH	11 <input type="checkbox"/> e. V.	12 <input type="checkbox"/> AG
13 <input type="checkbox"/> Genossenschaft	14 <input type="checkbox"/> Stiftung des Privatrechts	15 <input type="checkbox"/> sonstige Personen des Privatrechts (z. B. GmbH & Co. KG, KG)

-
- *) Wir sind mit dem Lastschriftinzugsverfahren einverstanden und fügen als Anlage nach Abstimmung mit unserer Kasse bzw. der sonst zuständigen Stelle das **SEPA-Lastschriftmandat** bei.
-

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

*) Bitte ankreuzen, falls zutreffend