

# DAK-VRV e.V.

**DAK – Versicherten- und Rentnervereinigung seit 1977  
bei der DAK-Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung**

## AUFNAHMEANTRAG

Angaben zur Person bitte in Druckbuchstaben

Name \_\_\_\_\_

Versichert bei:

Vorname \_\_\_\_\_

DAK-G  DRV-Bund

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

DAK-Mitarbeiter

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die DAK-VRV e.V. Zahlungen für Vereinsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DAK-VRV e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann dieses SEPA-Lastschriftmandat jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend ab dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift (Kontoinhaber)

Bitte senden an: DAK-VRV (Geschäftsstelle), Finkenstieg 28, 22147 Hamburg