

AUFNAHMEANTRAG

DAK-VRV e.V.

Angaben zur Person bitte in Druckbuchstaben

Name _____
Vorname _____
Geb.-Datum _____
Anschrift _____
Telefon/Fax _____
Email-Adresse _____
Beruf _____

versichert bei	
DAK-G	DRV-B
ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAK-Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>

Ort

Datum

Unterschrift

Mandats-Kz.:

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

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