

Eigenheimerverband Bayern e.V.

Schleißheimer Straße 205 a • 80809 München
Tel. 089 / 307 36 60 • Fax 089 / 30 59 70 • info@eigenheimerverband.de



Beitrittserklärung (Bitte in **Druckbuchstaben** und **schwarzer** Schrift ausfüllen!)

Ich / wir erkläre(n) hiermit mit Wirkung zum _____ meinen / unseren Beitritt
zur Ortsvereinigung _____ **Eigenheimervereinigung Forst**
zu einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von derzeit 24,00 Euro.

Persönliche Angaben

Vor- und Zuname(n) _____
Wohnanschrift (Str., PLZ, Ort) _____
Telefon _____ E-Mail _____
Geburtsdatum _____ Beruf _____

Angaben zum Versicherungsobjekt

Str., PLZ, Ort _____
Dieses Objekt enthält _____ Wohnung(en) wird von mir selbst (mit-) bewohnt
 ist eine Eigentumswohnung wird (teilweise) gewerblich genutzt

Angaben zur Mitgliedschaft

Persönlich geworben durch _____
Aufmerksam geworden durch Internet Sonstiges: _____
 Ich bin damit einverstanden, dass mich der Eigenheimerverband Bayern e.V. über die Produkte seiner
Versicherungspartner telefonisch, per Post oder per Mail informiert.
 Eine Gruppenversicherung bietet den Mitgliedern die Möglichkeit, eine günstige Sterbegeld-, Unfall- und
Rentenversicherung abzuschließen. Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift
an den Versicherer weitergegeben werden.

Unterschrift (Mitgliedschaft)

Datum _____ Unterschrift(en) _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID

D	E	2	3	Z	Z	Z	0	0	0	0	1	0	6	9	8	5	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mandatsreferenz

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Ihre von der Ortsvereinigung mitgeteilte Mitgliedsnummer

Ich/wir ermächtige(n) hiermit die oben genannte Ortsvereinigung, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein Kreditinstitut an, die von der Ortsvereinigung auf mein/unsere Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Kreditinstitutes _____
Kontoinhaber _____

Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung der Lastschrift. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Die Gebühr für eine nicht eingelöste Lastschrift wird Ihnen in Rechnung gestellt.

Unterschrift des Kontoinhabers

Datum _____ Unterschrift(en) _____