

Beitrittserklärung

Versorgungswerk

Name des Versorgungswerkes
Straße
PLZ/Ort

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum oben genannten Versorgungswerk ab

Beitrittstermin	<input type="checkbox"/> Lebens-/ Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Pensionskasse
Firma / Arbeitgeber	
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
E-Mail	
Ort, Datum	Unterschrift

SEPA-Lastschrift- mandat

Ich ermächtige das o.a. Versorgungswerk

Gläubiger-Identifikationsnummer des Versorgungswerkes
D E Z Z Z

die jeweils fälligen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von Ihnen vorgelegten Lastschriften einzulösen.

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

Über die Mandatsreferenz, die Einzugsstermine und die Höhe der einzuziehenden Beiträge werde ich spätestens 1 Tag vor dem Einzugsstermin informiert.

Der Beitrag beträgt	Höhe Mitgliedsbeitrag
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich <input type="checkbox"/> jährlich	

Name Kontoinhaber	
IBAN	
D E	
Geldinstitut	BIC
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber

Kollektiv(rahmen)vertrags Nr.
Mandatsreferenznummer