



AUFNAHMEANTRAG

Angaben zur Person bitte in Druckbuchstaben

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Anschrift _____

Telefon/Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

Versichert bei:

DAK-G DRV-Bund

Andere Krankenkasse:

(ehem.) Mitarbeiter DAK-G.

(ehem.) Mitarbeiter DRV-Bund

Geworben von:

Ort Datum Unterschrift

Datenschutz: Wir speichern und verarbeiten personenbezogene Daten entsprechend § 19 unserer Satzung nach den Vorschriften der DSGVO.

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)