



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) _____