

A U F N A H M E A N T R A G

Angaben bitte in Druckbuchstaben

Name _____

Versichert bei:

DAK-G DRV-Bund

Vorname _____

Andere Krankenkasse:

Geb.-Datum _____

(ehem.) Mitarbeiter DAK-G.

Anschrift _____

(ehem.) Mitarbeiter DRV-Bund

Telefon. _____

Geworben von:

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

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 _____

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.

Der Jahresbeitrag beträgt 12,00 €, Partner und Kinder bis 24 Jahre 6,00 €.

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____

Datum _____

Unterschrift (Kontoinhaber) _____

DAK-VRV e.V. für DAK-Gesundheit und Deutsche Rentenversicherung
Postanschrift: DAK-VRV e.V. Reichsbahnstr. 20/5006, 22525 Hamburg
mailto: kontakt@dak-vrv.de

Bankverbindung: DAK-VRV e.V., HypoVereinsbank
IBAN: DE95 2003 0000 0005 3085 80, BIC: HYVEDEMM300