

AUFNAHMEANTRAG

in den Verband der Eigenheim- und Grundstücksbesitzer Brandenburg und Berlin 1990 e.V.

Verband der Eigenheim- und Grundstücksbesitzer Brandenburg und Berlin 1990 e.V. Geschäftsstelle und Büroanschrift Wilhelm-Blos-Str. 2 12623 Berlin Tel.: (030) 565 845 27 Fax.: (030) 565 929 78	 <i>Ihr erster Ansprechpartner bei Rechtsproblemen und speziellem Versicherungsschutz für Eigenheimer</i>
Antragsteller 1	Antragsteller2
Name:	Name:
Vorname:	Vorname
Wohnanschrift (Straße / PLZ / Ort)	
Geburtstag:	Geburtstag:
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail
Selbstständig <input type="checkbox"/> Angestellt: <input type="checkbox"/>	Selbstständig <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/>
Arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner: <input type="checkbox"/>	Arbeitslos: <input type="checkbox"/> Rentner: <input type="checkbox"/>
Berufliche Tätigkeit:	Berufliche Tätigkeit:
Beruf:	Beruf:
Ich habe die Satzung und die Beitragsordnung gelesen und erkenne sie an. Mit meiner Unterschrift trete ich als Mitglied dem Verband bei und verpflichte mich, die Satzung und Beitragsordnung einzuhalten:	
Datum:	Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:

SEPA – Lastschriftmandat für SEPA – Basis- Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wiederkehrende Zahlungen

Verband der Eigenheim- und
Grundstücksbesitzer Brandenburg und
Berlin 1990 e.V.
Wilhelm-Blos-Str. 2 12623 Berlin
Tel. (030) 565 845 27
Fax.: (030) 565 929 78

Gläubiger-Identifikationsnummer.

DE91ZZZ00000597888

Mandatsreferenz:

Ich/Wir ermächtige(n) den Verband der Eigenheim- und Grundstücksbesitzer Brandenburg und Berlin 1990 e.V. den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verband der Eigenheim- und Grundstücksbesitzer im Land Brandenburg 1990 e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Entstehende Rückbuchungsgebühren des Kreditinstitutes gehen zu meinen/unseren Lasten, wenn diese durch mich/uns verschuldet wurde.

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

Kontoinhaber::(Vorname,Name,Anschrift)

Kreditinstitut:

IBAN:

Unterschrift/Unterschriften:

Ort/Datum: