Eigenheimervereinigung Ottobrunn – Hohenbrunn e.V.

Im Eigenheimerverband Bayern e. V. - 1.Vorsitzender: Gerald Hammerschmidt - Gottfried-Keller-Str. 38

85521 Ottobrunn – Tel: 089/6018229 – Fax: 089/66011387 – Email:hammerschmidtg@t-online.de www.sevoh.de

Eigenheimervereinigung Ottobrunn – Hohenbrunn e.V.

Beitrittserklärung (Bitte in **Druckbuchstaben** und **schwarzer** Schrift ausfüllen!)

Ich / wir erkläre(n) hiermit mit Wirkung zum _____ meinen / unseren Beitritt

zur Ortsvereinigung Eigenheimervereinigung Ottobrunn – Hohenbrunn e. V.

zu einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von derzeit 24.- Euro.

Persönliche Angaben

Vor- und Zuname(n) _____

Wohnanschrift (Str., PLZ, Ort) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Angaben zum Versicherungsobjekt

Str., PLZ, Ort _____

Dieses Objekt enthält ____ Wohnung(en) ☐ wird von mir selbst (mit-) bewohnt

☐ ist eine Eigentumswohnung ☐ wird (teilweise) gewerblich genutzt

Angaben zur Mitgliedschaft

Persönlich geworben durch _____

Aufmerksam geworden durch ☐ Internet ☐ Sonstiges: _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mich der Eigenheimerverband über die Produkte seiner Versicherungspartner telefonisch, per Post oder per Mail informiert.

☐ Eine Gruppenversicherung bietet den Mitgliedern die Möglichkeit, eine günstige Sterbegeld-, Unfall- und Rentenversicherung abzuschließen. Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift an den Versicherer weitergegeben werden.

Unterschrift (Mitgliedschaft)

Datum _____ Unterschrift(en) _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID	D	E	6	6	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	1	1	4	3	0	8
Mandatsreferenz							<< wird von Ihrer Ortsvereinigung zugeteilt und eingetragen											

Ich/wir ermächtige(n) hiermit die oben genannte Ortsvereinigung, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein Kreditinstitut an, die von der Ortsvereinigung auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

IBAN	D	E																				
BIC																						
Bisherige Bank BLZ											Konto-Nr.											

Name des Kreditinstitutes _____

Kontoinhaber _____

Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung der Lastschrift. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Die Gebühr für eine nicht eingelöste Lastschrift wird Ihnen in Rechnung gestellt.

Unterschrift des Kontoinhabers

Datum _____ Unterschrift(en) _____