



Siedlervereinigung
Markt Schwaben e.V.

Siedlervereinigung e.V. * Habererweg 31 * 85570 Markt Schwaben

Beitrittserklärung (Bitte in Druckbuchstaben und schwarzer Schrift ausfüllen!)

**Siedlervereinigung
Markt Schwaben e.V.**

www.siedlervereinigung.de

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

zur Ortsvereinigung: **Siedlervereinigung Markt Schwaben e.V** zu einem Jahresbeitrag von 27,60 Euro.

Persönliche Angaben

Vor- und Zuname(n) _____

Wohnanschrift (Straße / PLZ / Ort) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Angaben zum Versicherungsobjekt

Straße / PLZ / Ort _____

Dieses Objekt enthält _____ Wohnung(en) wird von mir selbst (mit-)bewohnt
 ist eine Eigentumswohnung wird (teilweise) gewerblich genutzt

Angaben zur Mitgliedschaft

Geworben durch: Siedlervereinigung Markt Schwaben e.V.

Bankverbindung: Kreissparkasse München Starnberg Ebersberg IBAN: DE03 7025 0150 0028 7233 44 BIC: BYLDAM1KMS

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass die im Rahmen meiner Mitgliedschaft erhobenen Daten meiner Person unter Beachtung des Datenschutzes erhoben und genutzt werden. ja nein

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:
ja nein

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID

D	E	0	3	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	4	4	5	4	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mandatsreferenz

Ihre Mitgliedsnummer erhalten Sie im Begrüßungsschreiben.																	
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich/wir ermächtige(n) hiermit die Siedlervereinigung Markt Schwaben e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

D	E																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC _____
Name des Kreditinstitutes _____
Kontoinhaber _____

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

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, dass ich/wir mein Kreditinstitut anweise(n), die von der Siedlervereinigung Markt Schwaben e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Unterschrift des Kontoinhabers

Datum _____ Unterschrift(en) _____

**Bankverbindung: Kreissparkasse München Starnberg Ebersberg
IBAN: DE03 7025 0150 0028 7233 44 BIC: BYLDAM1KMS**