

*freie und unabhängige Gemeinschaft von
 Mitgliedern, Versicherten und Rentnern
 der Kaufmännischen Krankenkasse-KKH*

Beitrittserklärung

Bitte in Druckschrift ausfüllen.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur **KKH-Versichertengemeinschaft e. V.** zum _____

Herr Frau

Name, Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort
Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort
Telefon, Fax	E-Mail (falls Mitteilungsblatt per E-Mail erwünscht)
Arbeitgeber	zuständiges Servicezentrum der KKH

Die Satzung der KKH-Versichertengemeinschaft e. V. ist mir bekannt. Datum, Ort und Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

KKH-Versichertengemeinschaft e. V., Lerchenstieg 6, 30657 Hannover

DE49ZZZ00001104014 Gläubiger-Identifikationsnummer	 Mandatsreferenz (wird nachgeliefert)
--	--

Ich ermächtige die KKH-Versichertengemeinschaft e. V. die satzungsgemäße, jährliche Zahlung in Höhe von 8 EURO von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KKH-Versichertengemeinschaft e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber/in)	Geburtsdatum, Geburtsort
Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort
Kreditinstitut (Name)	BIC: <input type="text"/>
IBAN: DE <input type="text"/>	Datum, Ort und Unterschrift

(Von der Geschäftsstelle der KKH-Versichertengemeinschaft e.V. auszufüllen)

MNR: _____ RNR: _____ EDV: _____