

*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 _____

als ordentliches Mitglied

als Fördermitglied

 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 12 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:

* Die als Anlage beigefügte Datenschutzerklärung gemäß Artikel 12-14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

IBAN: DE

 Datum, Ort und Unterschrift

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

MNR: _____ RNR: _____ EDV: _____

Beitrittserklärung **Durchschlag**

Bitte in Druckschrift ausfüllen.

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

als ordentliches Mitglied

als Fördermitglied

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 12 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: _____

* Die als Anlage beigefügte Datenschutzerklärung gemäß Artikel 12-14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

IBAN: DE _____

_____ Datum, Ort und Unterschrift