

## 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

BIC:

Kreditinstitut (Name)

\* 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

BIC:

Kreditinstitut (Name)

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

IBAN: DE

Datum, Ort und Unterschrift