

KRIEGSOPFER- UND BEHINDERTENVERBAND STEIERMARK

ZVR-Zahl: 213355688

Ortsgruppe Knittelfeld

BEITRITTSERKLÄRUNG

Zuname: Vorname: Geb.Dat.:

Fam.Stand: Vorn. d. Ehegatten/in: Staatsangehörigk.:

Anschrift:

Tel.Nr.: E-mail: Beruf:

Art der Körperbehinderung:

festgestellt durch:

Sozialministeriumservice Sozialversicherungsanstalt Amtsarzt

Grad der Behinderung: v.H. VNr.:

Welche Leistungen beziehen Sie aufgrund Ihrer Behinderung (z.B.: Renten, Sozialleistungen usw.) ?.....

Art der Beitragszahlung: Inkasso Ortsgruppe

Bankeinzug vierteljähr.

Bankeinzug jährlich

EDV-Abzug

Persönliches Kennwort:

Inkasso Landesverband

Dauerauftrag

Eintritt ab:

Beitragsmarken

Mit der Fertigung dieser Beitrittserklärung akzeptiere ich die Satzungen des obgenannten Verbandes und bestätige gleichzeitig die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Zustimmung zur Haltung einer zentralen Datenpflege beim KOBV Stmk.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)

Einzugsermächtigung

Name des Kontoinhabers:

.....
(Name der Bank)

.....
(BIC)

.....
(IBAN)

Hiermit ermächtige ich den KOBV Steiermark widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann nicht, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Bei Änderung des Kontos bzw. Widerruf ist der KOBV Steiermark zu benachrichtigen. Entstandene Bankspesen wegen Nichteinlösung werden verrechnet.

.....
(Unterschrift)