Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verband Wohneigentum – Landesverband Bayern e. V.

Siedlergemeinschaft ..... Mitgliedsnummer .....

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Mitglied:			

		Telefon
Straße:		
PLZ/Ort:		

E-Mail:: _____ Fax: _____

Versichertes Objekt (falls von Wohnadresse abweichend)

Straße: _____ PLZ/Ort _____

Objektart: ☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus (max. 4 Wohnungen, davon 3 Fremdwohnungen ☐ Eigentumswohnung

☐ Schrebergarten ☐ Wochenendhaus oder Ferienwohnung ☐ unbebautes Grundstück (Fl.Nr. angeben)

Falls ich eine Weitergabe meiner Anschrift an die Akquisitionspartner des Verbandes nicht wünsche, werde ich dies mitteilen.
Datenschutzhinweis: Der Unterzeichnende genehmigt bis auf Widerruf, dass die oben genannten Angaben beim Verband verarbeitet werden. Der Verband wird diese Angaben ausschließlich zu internen Zwecken verarbeiten. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Der Unterzeichnende hat das Recht auf Auskunft, Löschen, Berichtigung und Widerruf. Nehmen Sie dazu bitte mit uns Kontakt auf.

Eintritt zum: _____ ....

Datum, Unterschrift des Mitgliedes Datum, Unterschrift des Vorsitzenden

---

Ehe-/Lebenspartner sowie Miteigentümer müssen immer mit angegeben werden.

Angaben: (z.B. Ehe-/Lebenspartner bzw. Miteigentümer)

Name	Vorname	Geb. Datum	Straße	PLZ/Ort

✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers:

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name u. Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN des Zahlungspflichtigen DE _____

Bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen, bzw. bei Vorgabe vergleichen

BIC des Kreditinstituts _____ DE _____

Bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen, bzw. bei Vorgabe vergleichen

_____

Ort Datum Unterschrift