

Beitrittserklärung

Versorgungswerk

Name des Versorgungswerkes

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum oben genannten Versorgungswerk ab

Beitrittstermin

KoV KoRV

Name, Vorname bzw. Firma

Straße, PLZ, Ort

Telefon, Telefax

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Firmenstempel

Abrufauftrag

Hiermit ermächtige ich Sie ab dem

bis auf Widerruf den Betrag von

Abruf-Beginn

EUR

monatlich 1/4 jährlich 1/2 jährlich jährlich

zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Name des Kontoinhabers

Unterschrift des Kontoinhabers

Mitgliedsbeiträge

Kollektiv(rahmen)vertrag Nr.

Versicherungsbeiträge

Berufs-/Gewerbeschlüssel

Anzahl der beantragten Versicherungen