Eigenheimerverband Bayern e.V.

Eigenheimervereinigung Zorneding e.V.
1. Vorsitzender Bernhard Kröll - Am Fenneck 2 - 85604 Zorneding
Telefon: 08106/ 309 310
www.eigenheimer-zorneding.de
vorstand@eigenheimer-zorneding.de

Eigenheimervereinigung Zorneding eV

Beitrittserklärung

Ich / wir erkläre(n) hiermit mit Wirkung zum _____ meinen / unseren Beitritt zur
Eigenheimervereinigung Zorneding e.V.

Der Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft beträgt derzeit 28,00 Euro. Über die Höhe der ordentlichen Mitgliedsbeiträge entscheidet die Mitgliederversammlung gemäß der Satzung nach §4. Die EVZ verarbeitet personenbezogene Daten für den Auftraggeber im Sinne von Art. 4 Nr. 2 und Art. 28 DS-GVO auf Grundlage dieses Vertrages.

Persönliche Angaben

Vor- und Zuname(n) _____ Titel _____

Wohnanschrift (Str., PLZ, Ort) _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Vereinsinformationen per E-Mail erhalten (Einladungen Ausflug, Versammlung, Verbandsinformationen etc.) ❑ Ja ❑ Nein

Postzustellung der Mitgliederzeitschrift (nur erforderlich außerhalb der Trägergebiete Zorneding, Pöring, Ingelsberg, Wolfesing, Egmating, Harthausen) kostet zusätzlich 6€ / Jahr ❑ Ja ❑ Nein

Angaben zum Versicherungsobjekt

Enthalten ist über den Eigenheimerverband Bayern e.V. eine Haus- und Grundstückhaftpflichtversicherung sowie eine Bauherrenhaftpflichtversicherung*

Str., PLZ, Ort _____

Dieses Objekt enthält ____ Wohnung(en) ❑ wird von mir selbst (mit-) bewohnt

❑ ist eine Eigentumswohnung ❑ wird (teilweise) gewerblich genutzt

Unterschrift (Mitgliedschaft)

Datum _____ Unterschrift(en) _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID	D	E	2	8	E	V	Z	0	0	0	0	0	3	5	2	2	5	4
Mandatsreferenz					Ihre Mitgliedsnummer erhalten Sie im Begrüßungsschreiben.													

Ich/wir ermächtige(n) hiermit die Eigenheimervereinigung Zorneding e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein Kreditinstitut an, die vom Verein Eigenheimervereinigung Zorneding e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN	D	E																			
BIC																					

Name des Kreditinstitutes _____

Kontoinhaber _____

Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung der Lastschrift. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Die Gebühr für eine nicht eingelöste Lastschrift wird Ihnen in Rechnung gestellt.

Unterschrift des Kontoinhabers

Datum _____ Unterschrift(en) _____

* Die Versicherungsbedingungen finden Sie unter www.eigenheimer-zorneding.de oder unter www.eigenheimerverband.de

Werber

Vor- und Zuname																					
Wohnanschrift (Str. PLZ, Ort)																					
	❑	Einzelmitglied Verband		❑	Mitglied der EVZ																
Bitte überweisen Sie die Werbeprämie auf folgendes Konto:																					
IBAN	D	E																			