**Todesfallbeihilfefond UOGT**

**BEITRITTSERKLÄRUNG**

|  |  |
| --- | --- |
| Dienstgrad, Titel |  |
| Vorname, Zuname |  |
| Geburtsdatum |  |
| PLZ, Wohnort |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| Telefonnummer |  |
| @mail |  |
| **Empfangsberechtigte/r und/oder**  **Anschlussmitglied**  **zutreffendes ankreuzen** | |
| Anrede, Titel |  |
| Vorname, Zuname |  |
| PLZ, Wohnort |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| Telefonnummer |  |
| @mail |  |

**Todesfallbeihilfefond UOGT \*)**

**ABBUCHUNGSAUFTRAG**

|  |  |
| --- | --- |
| Bankinstitut |  |
| IBAN |  |
| BIC |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |

**Anmerkungen:**

Satzung je Todesfall: € 6,00

mit Anschlussmitglied: € 12,00

Oben angeführtes Mitglied nimmt mit der Unterschrift die Statuten der UOGT zur Kenntnis. Der Verein verpflichtet sich die persönlichen Daten ausschließlich für vereinsdienliche Zwecke zu verwenden. Dieser Auftrag ist widerrufbar. Die vom Konto abzubuchenden Beträge unterliegen keiner betragsmäßigen Beschränkung. Das kontoführende Kreditinstitut ist berechtigt, Lastschriften zurückzuleiten, insbesondere dann, wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist. Im übrigen gelten die **allgemeinen Geschäftsbedingungen** des Kontoführenden Kreditinstitutes in der jeweiligen Fassung.

**\*). verpflichtend auszufüllen**