

**Vereinigung selbständiger Versicherungs-Vermittler
der Versicherungsgruppe Hannover e.V.**

Kirchstraße 1
49324 Melle

Telefon: (05422) 962 47 14
Telefax: (05422) 962 47 15

vertretervereinigung@t-onlinde.de
www.vertretervereinigung-vgh.de

Kreissparkasse Syke
IBAN : DE83 2915 1700 1012 0437 56
BIC: BRLADE21SYK

Vereinigung selbständiger
Versicherungs-Vermittler der
Versicherungsgruppe Hannover e.V.
Kirchstr.1

49324 Melle

Keine Bearbeitung ohne SEPA - Mandat

Antrag auf Mitgliedschaft für Mitglieder im Ruhestand

Hiermit beantrage ich, meine Mitgliedschaft in der Vertretervereinigung als Mitglied im Ruhestand gemäß § 4 Abs. 5 der Satzung fortzusetzen.

Der Beitrag beträgt gemäß Abstimmung auf der 46. Jahreshauptversammlung vom 21. September 2001 Euro 60,00.

Vor- und Zuname:

Straße:

PLZ und Ort:

Regionaldirektion:

Obmann:

Ort, Datum

Unterschrift

**Vereinigung selbstständiger Versicherungs-Vermittler
der Versicherungsgruppe Hannover e. V.**

Kirchstraße 1
49324 Melle

Telefon 0 54 22 962 47 14
Telefax 0 54 22 962 47 15

vertretervereinigung@t-online.de
www.vertretervereinigung-vgh.de

Kreissparkasse Syke
IBAN: DE83 2915 1700 1012 0437 56
BIC: BRLADE21SYK

Vereinigung selbstständiger Versicherungs-Vermittler der
Versicherungsgruppe Hannover e.V. · Kirchstr. 1 · 49324 Melle

Vereinigung selbstständiger
Versicherungs-Vermittler der
Versicherungsgruppe Hannover e.V.
Kirchstr.1
49324 Melle

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandats Referenznummer:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37ZZZ00000123948

SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden wiederkehrenden Zahlungen (Mitgliedsbeitrag, Ruhestandsbeitrag, anteilige Beiträge Vermögensschadenhaftpflichtversicherung und/oder Handelsvertreterrechtsschutzversicherung) an den o.a. Zahlungsempfänger von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger 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.

Nach Erhalt des Beitragsbescheides ermächtige ich den oben angegebenen Zahlungsempfänger, innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit mittels Lastschrift den fälligen Beitrag von folgendem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Ist eine Abbuchung des anteiligen oder gesamten Mitgliedsbeitrages für die Vertretervereinigung per Lastschrift nicht möglich oder der Mitgliedsbeitrag drei Monate nach Fälligkeit unbezahlt, trete ich rein vorsorglich meine Provisionsansprüche sowie Ansprüche auf Bonifikation, sonstige Zuschüsse und Ausgleichsansprüche gegenüber der VGH in Höhe meines rückständigen Beitrages an die Vereinigung selbstständiger Versicherungs-Vermittler der VGH e.V. ab, die diese Abtretung annimmt.

Ort, Datum

Unterschrift