Katholische
Familienheimbewegung e.V.
Gesamtverband
Neubrückenstraße 60
48143 Münster

Telefon 0 251 / 490 18 11
Telefax 0 251 / 490 18 18
www.familienheimbewegung.de
info@vks-muenster.de

Beitrittserklärung zur Mitgliedschaft in der Katholischen Familienheimbewegung e. V.

Die Mitgliedschaft dauert 1 Jahr. Sie verlängert sich stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht fristgerecht schriftlich unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt wird.
Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 20 €.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in der Katholischen Familienheimbewegung e. V.

Mitglieds-Nr.: _____
(wird vom Gesamtverband vergeben)

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Dat.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Empfohlen durch:_____

Telefon/Mobil: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Versicherungsgrundstück: _____
(wenn von Anschrift abweichend)

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Katholische Familienheimbewegung e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Katholischen Familienheimbewegung e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Gläubiger-ID: DE70ZZZ00000018885

_____ __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __
IBAN

Kto.-Inhaber (wenn nicht Mitglied): _____

Unterschrift Kto.-Inhaber: _____

Die Katholische Familienheimbewegung e. V. hat für ihre Mitglieder Gruppen- und Rahmenversicherungsverträge abgeschlossen. Um mich/uns über die Vergünstigung dieser Rahmen- und Gruppenversicherungsverträge zu informieren, bin ich/sind wir damit einverstanden, dass hierfür mein/unsere Name(n) und die Anschrift an den Versicherer weitergegeben werden können.

nieN ڤ aJ ڤ

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift