

BEITRITTSERKLÄRUNG **zur Augenoptiker Ausgleichskasse VVaG**



Ich/wir erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt
zur Augenoptiker Ausgleichskasse mit Wirkung vom

(Datum)

Firma: _____

Inh./Geschäftsführer _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

eMail-Adresse: _____

gültig ab 01.01.2013

Bitte unbedingt ankreuzen:

- U1/80 2,20 v.H.
- U1/70 1,75 v.H.
- U1/50 1,30 v.H.
- U2/100 0,39 v.H.

vom Arbeitsamt vergebene Betr.-Nr.: _____

Steuerberater: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax.: _____

e-Mail.: _____

Es besteht Mitgliedschaft bei der Augenoptiker-Innung:

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen zur Augenoptiker Ausgleichskasse bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kreditinstitut	
Kto.-Nr.	Bankleitzahl

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift