



## Beitrittserklärung

- bitte in Block- oder Maschinenschrift ausfüllen -

Seniorenverband BRH Münster  
Bund der Ruhestandsbeamten,  
Rentner und Hinterbliebenen im DBB  
Tel.: 0251-70369060  
Im Sundern 19, 48157 Münster

Hiermit erkläre ich meinen **Beitritt zum Seniorenverband BRH – Kreisverband Münster**, Im Sundern 19, 48157 Münster,

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ beim KV:   Münster  

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie mir das BRH-Aktuell per E-Mail an folgende E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

Ich bin bereits Mitglied in folgendem Fachverband:

\_\_\_\_\_

**Angaben zum früheren Arbeits-/Dienstverhältnis** (Bitte keine Abkürzungen):

- Damit wir Sie **nach der Föderalismusreform** passgenau informieren können! -

vormals beschäftigt im: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bundes-  Landes-  Kommunalbereich  freie Wirtschaft

Folgende Angaben sind freiwillig:

Bei Rentnern mit eigener Rente: Meine letzte Arbeits-/Dienststelle, Beruf/Position:

\_\_\_\_\_

Bei Rentner-Witwen/-Witwer/-Waisen: Letzte Arbeits-/Dienststelle, Beruf/Position meines Ehepartners/Elternteils:

\_\_\_\_\_

Rente zahlt: Deutsche Rentenversicherung  anderer Versorgungsträger

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Welcher? \_\_\_\_\_

Bei Ruhestands-Beamten: Meine Amtsbezeichnung:

\_\_\_\_\_

Bei Beamten-Witwen/-Witwer/-Waisen: Amtsbezeichnung des verstorbenen Ehepartners/Elternteils:

\_\_\_\_\_

Versorgung zahlt die Behörde: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000736451

Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer beim BRH Kreisverband Münster

Ich ermächtige den BRH die Mitgliedsbeiträge (Zutreffendes bitte ankreuzen)

jährlich

halbjährlich

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BRH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

Diese Erklärung hat solange Gültigkeit, bis sie schriftlich gegenüber dem Seniorenverband BRH widerrufen wird. Sie erlischt automatisch bei einem Austritt aus dem Seniorenverband BRH.

**Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)**

Ich willig ein, dass der BRH-NRW meine Daten in gemeinsamen Datensammlungen führen darf, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung der Mitgliederverwaltung dient.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_