



an Fax: 0 48 74 / 90 05 17

**Bestätigung des Beitritts zum Versorgungswerk pro Agrar e.V.**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Bundesland: \_\_\_\_\_

**Besteht bereits eine Mitgliedschaft in einem weiteren Versorgungswerk?**

ja       nein      Falls ja: seit wann? \_\_\_\_\_

Falls nein, bitte ausfüllen:

**BEITRITTSERKLÄRUNG**

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt als Mitglied im  
**Versorgungswerk pro Agrar e.V., Flensburger Str. 5, 24376 Kappeln**

ab 1. \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

**Mitgliedsbeitrag jährlich: 20 EUR**

**Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz**

Auf die Datenschutzhinweise des Pro Agrar Versorgungswerk e.V. wurde ich hingewiesen  
und erkläre mich hiermit mit meiner Unterschrift einverstanden.

Die Datenschutzhinweise stehen zur Ansicht auf der Internetseite des Versorgungswerkes  
zur Verfügung: [www.pro-agrar-versorgungswerk.de](http://www.pro-agrar-versorgungswerk.de)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und Unterschrift des Betriebsinhabers

**Beauftragter / Vermittler des Versorgungswerkes pro Agrar e.V.**

Name: \_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon / Email: \_\_\_\_\_

**Es werden nur LESERLICH und VOLLSTÄNDIG ausgefüllte Anträge bearbeitet**



## SEPA-Basislastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE49ZZZ00000854142

Bis zum jederzeit möglichen Widerruf ist das Versorgungswerk Pro Agrar e.V. ermächtigt, die Abbuchung des fälligen Mitgliedsbeitrages laut SEPA Mandatsreferenz von folgendem Konto zu veranlassen:

**Mitgliedsbeitrag / Jahr: 20 EUR**

<b>Name, Vorname Versicherungsnehmer</b>	
<b>IBAN</b>	DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>BIC (nur bei Auslandsüberweisungen)</b>	
<b>Name und Ort des Geldinstitutes</b>	
<b>Kontoinhaber Vor-, Nachname, vollständige Adresse (nur ausfüllen, falls nicht Versicherungsnehmer)</b>	

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Versorgungswerk Pro Agrar e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Firmenstempel und Unterschrift Betriebsinhaber

**Es werden nur LESERLICH und VOLLSTÄNDIG ausgefüllte Anträge bearbeitet**