



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: _____

vom Arbeitsamt
vergebene Betr.-Nr.: _____

Bitte unbedingt ankreuzen:
gültig ab 01.07.2010

U1/80 2,15 v.H.

U1/70 1,65 v.H.

U1/50 1,20 v.H.

U2/100 0,34 v.H.

Anschrift Steuerbüro: _____

Telefon: _____ Fax.: _____

e-Mail.: _____

Es besteht Mitgliedschaft bei der Augenoptiker-Innung:

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

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 bei der

_____ (_____)
genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes Bankleitzahl-

Konto-Nr.: _____

mittels Lastschrift einzuziehen.

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

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

Augenoptiker Ausgleichskasse
Ruhrallee 9

44139 Dortmund

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die
Augenoptiker Ausgleichskasse VVaG (AKA)
Ruhrallee 9, 44139 Dortmund · Telefon: 0231 / 55 22-120 · Telefax: 0231 / 55 22-129