

# **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 01.07.2011

Bitte unbedingt ankreuzen:

- U1/80 2,15 v.H.
- U1/70 1,65 v.H.
- U1/50 1,20 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