VGA Bundesverband der Assekuranzführungskräfte e. V.
Arbeitgeberverband für das private Versicherungs-Vermittler-Gewerbe

Peterstraße 23-25
50676 Köln
Telefon: 0221 / 9 52 12 80
Telefax: 0221 / 9 52 12 82
info@vga-koeln.de

BEITRITTSERKLÄRUNG

Der Unterzeichnende beantragt die Mitgliedschaft im

Bundesverband der Assekuranzführungskräfte e.V.
Arbeitgeberverband für das private Versicherungsvermittlergewerbe

mit Wirkung ab 01. _____

Bezirksgruppe: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Im Versicherungsberuf seit: _____

Büroanschrift

Gesellschaft: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon, Fax: _____ _____
E-Mail-Adresse: _____

Privatanschrift

Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon, Fax: _____ _____
Mobilfunknummer: _____
E-Mail-Adresse (Privat): _____

Zustellung der VGA-Nachrichten an: ☐ **Büroanschrift** ☐ **Privatanschrift**

Titel: _____ **Funktionsbezeichnung:** _____

Führungsfunktion: ☐ Außendienst ☐ Innendienst auf selbständiger Basis: ☐ ja ☐ nein

Sind Sie handelsgerichtlich eingetragen ?: ☐ ja ☐ nein

Ich möchte das Digital-Abo des Nachrichtenmagazins FOCUS ohne zusätzliche Kosten ☐

Jahresbeitrag:

☐ **Euro 430,00 (Regelbeitrag)**

☐ **Euro 90,00** (bei Firmenmitgliedschaft des Arbeitgebers nach Beitragsstufe 5 b)

☐ **Euro 215,00 (Juniorbeitrag)**
(gilt für ein volles Geschäftsjahr; bei unterjährigem Eintritt darüber hinaus anteiliger Beitrag möglich)

☐ **Euro** _____ **(Bezirksgruppenbeitrag)**

Beitragszahlung: ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich (steuerlich voll absetzbar)

Ort, Datum: _____ Unterschrift:

Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige hiermit den Bundesverband der Assekuranzführungskräfte e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband der Assekuranzführungskräfte e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 12 ZZZ0000057
Mandatsreferenz: Bundesverband der Assekuranzführungskräfte e.V

Kreditinstitut: _____ BIC: _____ IBAN: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift:

Formular drucken
Eingaben löschen

Registergericht: Amtsgericht Köln 43 VR 5491