

Herrenstrasse 14 Postfach 15 69
30159 Hannover 30015 Hannover
Tel.: 05 11 / 12 10 60 , Fax: 05 11 / 1 21 06 16, E-Mail: info@dmb-hannover.de

BEITRITTSERKLÄRUNG - WOHNUNGSMIETER

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren **Beitritt zum Deutschen Mieterbund Hannover e.V.** und erkenne/erkennen dessen Satzung und Zusatzbestimmungen zur **ltzeoer-Gruppenrechtsschutzversicherung** an, die mir/uns bekannt sind. Den wichtigen Hinweis zur Mitgliedschaft habe ich/haben wir gelesen.

A) Nachname des Hauptmitglieds:

Frau/Herr _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

B) Nachname Partnermitglied

Frau/Herr _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Gemeinsame Anschrift für A) und B) : PLZ _____ Ort: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail _____

➤ **Es besteht eine Mietrechtsschutzversicherung:**

nein / ja, bei _____

➤ **Ich bewohne die eigene Eigentumswohnung:**

nein / ja, dann OHNE Mietrechtsschutzversicherung

➤ **Ich war bereits Mitglied im DMB Mieterverein** _____

von _____ bis _____, Beitrag gezahlt bis _____

➤ **Geworben durch DMB Mitglied** Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____ Mitgl.-Nr.: _____

	Mit Rechtsschutz	Ohne Rechtsschutz *)
Aufnahmegebühr	25,00 Euro	25,00 Euro
Jahresbeitrag	<u>81,00 Euro</u>	<u>66,00 Euro</u>
Gesamtbeitrag:	106,00 Euro	91,00 Euro

*) Nur bei selbst genutzter Eigentumswohnung bzw. eigener Mietrechtsschutzversicherung.
Gilt **nicht** für **Gewerbemieter** - hierzu Sonderformular anfordern.

Zahlungsweise: Einzug Überweisung bar



SEPA - Mandatsreferenz : WIRD SEPARAT MITGETEILT

Sepa-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (wir ermächtigen) Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom **DMB Hannover e.V.; Herrenstr. 14; 30159 Hannover, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00000127327** auf mein (auf unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

HINWEIS: Ich kann (wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN :

Kontonummer

Bankleitzahl

Unterschrift /en

(Postbank Hannover, Kto.-Nr.: 26 401 307, BLZ: 250 100 30)
IBAN: DE57 2501 0030 0026 4013 07 ; **BIC:** PBNKDEFF

(Sparkasse Hannover, Kto.-Nr.: 534 404, BLZ: 250 501 80)
IBAN: DE47 2505 0180 0000 5344 04 ; **BIC:** SPKHDE2HXXX

Wichtige Hinweise zur Mitgliedschaft:

Die unter **A)** und **B)** genannten Personen beantragen jeweils die Vollmitgliedschaft mit allen Rechten und Pflichten. Die Mitglieder beantragen ferner eine Partnermitgliedschaft nach § 3 Nr. 3 der Vereinssatzung, weil und solange eine gemeinsame Wohnung bewohnt wird.

Bewohnen die unter A) und B) genannten Personen nicht mehr eine gemeinsame Wohnung, endet die Partnermitgliedschaft, und für jede Vollmitgliedschaft wird von jedem Mitglied ein eigener Beitrag erhoben.

Datenschutzerklärung: Die Angaben werden unter Beachtung der §§ 22 ff. Bundesdatenschutzgesetz gespeichert und verarbeitet.