

Beitrittserklärung



ÖDMV Mein Versorgungswerk e.V.
für den Öffentlichen Dienst

Fax –Nummer: 089-51 52 41 30

Nach- und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Beruflicher Status
(z. B. Beamter oder Angestellter ÖD etc.) _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Besteht über eine Verbandszugehörigkeit eine Zugangsmöglichkeit zu den
vergünstigten Versicherungsprodukten des Münchener Verein?

ja nein

Falls ja: Name des Verbandes: _____

Mitgliedsnr. oder Kennung: _____

Falls nein:

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum
ÖDMV Mein Versorgungswerk e.V., Oskar-Maria-Graf-Ring 17, 81737 München

ab 1. _____ 20 _____

Den einmaligen Mitgliedsbeitrag von 15 EUR werde ich nach Rechnungsstellung überweisen.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass das VERSORGUNGSWERK im zum Nachweis der Mitgliedschaft erforderlichen Umfang Daten, die sich aus dieser Beitrittserklärung ergeben, an die Unternehmen der Münchener Verein Versicherungsgruppe übermittelt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit durch schriftliche Erklärung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift