Name / Vorname	PLZ / Ort	Datum

Offizierheimgesellschaft Wahn e.V.
Luftwaffenkaserne Wahn-519
Postfach 90 61 10
51127 Köln

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die „Offizierheimgesellschaft Wahn e.V.“ mit Wirkung vom 01. _____ und mache zu meiner Person folgende Angaben:

(Bitte in Druckbuchstaben):

Personenkennziffer / GebDat. **Dienstgrad/Titel** **Bes./Verg.-Gruppe**

Meine Privatanschrift lautet:
Straße / Nr. _____ **PLZ / Ort** _____ / _____
Tel.: _____ **Mobil:** _____ **E-Mail:** _____
Fax:

genaue Dienstanschrift mit Abteilung
_____
_____
_____
_____

Tel. : _____
Fax: _____
Lotus Notes: _____

Bitte nur ein Feld ankreuzen

Ich wünsche die Übermittlung der Mitteilung an meine Mailadresse: ☐ **priv.** ☐ **geschäftl.**

Ich wünsche die Postzusendung der Mitteilung ☐

Ich wünsche keinerlei Zustellung der Mitteilung ☐

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen,
sowie Rest- bzw. Guthabenbeträge gebuchter Veranstaltungen …

Konto-Nr.: _____ **BLZ:** _____

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SWIFT –Code (BIC): | | | | | D | E | | | | | | Geldinstitut _____

... mittels SEPA-Lastschrift abzubuchen bzw. gutzuschreiben.

Die Abbuchung meiner Beiträge soll erfolgen ab 01. _____ ☐ **viertel-**, ☐ **halb-**, ☐ **-jährlich**

_____
Unterschrift Antragsteller(in)

Bei Änderungen der o.a. Daten werde ich sie umgehend informieren. Ich bin einverstanden, dass die im Aufnahmeantrag enthaltenen Daten für die Zeit meiner Mitgliedschaft zu Betreuungszwecken auf Datenträger erfasst und geführt werden. Die Daten werden nur für den Eigengebrauch der OHG Wahn e.V. und auf ausdrückliche Anweisung des Vorstandes der Offizierheimgesellschaft Wahn e.V. verwendet.

Mitgliedsbeitrag
Für Offiziere und gleichrangige zivile Mitarbeiter der Bundeswehr 3,50 € je Monat,
sonstige Mitglieder s. Beitrags- und Kassenordnung.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: **Mitgliederverwaltung OHG-Wahn, App. 3443**

Bearbeitungsvermerke der OHG

Mitgliedsausweis Nr. …… **Beitragssatz monatlich €** .....