

## Änderungsmitteilung

Bitte bei Änderungen die entsprechenden Angaben ausfüllen und an die Offizierheimgesellschaft e.V. Wilhelmshaven senden oder direkt in der OHG abgeben.

Per Post: OHG Wilhelmshaven -Mitgliederverwaltung-, Adalbertstr. 20, 26382 Wilhelmshaven

Per Mail: [mitgliederverwalter@ohg-whv.de](mailto:mitgliederverwalter@ohg-whv.de)

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Akad.Grad/Titel:</b>	<b>Dienstgrad/Amtsbezeichnung:</b> (bei Angestellten bitte auch Vergütungsgruppe eintragen)	
<b>Mitgliedsnummer:</b>		
<b>Angaben zum Ehepartner/ Lebenspartner:</b>		
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Akad.Grad/Titel:</b>		
<b>Privatanschrift:</b>		
<b>Straße:</b>	<b>PLZ und Wohnort:</b>	
<b>Telefon:</b>	<b>Fax:</b>	<b>eMail:</b>
<b>Dienstanschrift:</b>		
<b>Kommando/Dienststelle:</b>		<b>Dienstposten/Position:</b>
<b>Straße:</b>	<b>PLZ und Dienstort:</b>	
<b>Telefon:</b>	<b>Fax:</b>	<b>eMail:</b>
<b>Gewünschte Form der Zustellung der Messemitteilungen (bitte ankreuzen)</b>		
Abholung in der OHG <input type="checkbox"/>	Download über <a href="http://www.ohg-whv.de">www.ohg-whv.de</a> oder <a href="http://www.mukdo.mar/ohg">www.mukdo.mar/ohg</a> <input type="checkbox"/>	
<b>Einzugsermächtigung:</b>		
Die Zahlung des Jahresbeitrags ist nur mittels Lastschrift möglich. Bitte reichen Sie bei einer Kontodatenänderung zusammen mit der Änderungsmitteilung das auf der nächsten Seite angehängte SEPA-Lastschriftmandat mit Unterschrift des Kontoinhabers ein.		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bearbeitungsvermerke:

Eingang am:

Mitgliedsnummer

Mitglieder-/Partnerausweis ab:

Mitgliederverwaltung

---

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften**

Zahlungsempfänger: **Offizierheimgesellschaft e.V., Adalbertstr. 20, 26382 Wilhelmshaven**

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: **DE17ZZZ00000942212**

Mandatsreferenz: **ist die Mitgliedsnummer und wird separat mitgeteilt**

Vorname und Name des Mitgliedes:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Mandat gültig für: **Mitglieds-Nr.** \_\_\_\_\_ (wird von der OHG ausgefüllt)

**Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genannten Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.**

**Angaben zum Kontoinhaber:**

( ) Mitglied ( ) Frau ( ) Herr ( ) Firma Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Vorname und Name Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

**Kontoverbindung**

IBAN: DE \_\_\_\_\_

IBAN bei ausländischer Bankverbindung: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ Bitte entnehmen Sie diese Angaben Ihren Bankunterlagen.

bei \_\_\_\_\_  
Bitte genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts einschließlich PLZ und Ort angeben

---

Ort \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Unterschrift(en) Kontoinhaber \_\_\_\_\_