

Üyelik Numarası | Mitgliedsnummer

KİMLİK BİLGİLERİ | PERSÖNLICHE DATEN

Adı • Soyadı Vorname • Nachname	<input type="checkbox"/> Erkek Männlich <input type="checkbox"/> Kadın Weiblich Cinsiyet Geschlecht
Doğum Tarihi Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Türk Türkisch <input type="checkbox"/> Diğer Andere: Tabiyet Staatsangehörigkeit
Doğum Yeri Geburtsort	
Cadde/Sokak Straße	Telefon
Posta Kodu PLZ	E-Mail
Şehir Ort	

YARDIMLARDAN YARARLANABİLECEK OLAN AİLE FERTLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER DATEN DER BEGÜNSTIGTEN FAMILIENANGEHÖRIGEN

Aile fertleri arasında hayati tehlike arz eden bir hastalıktan dolayı tedavi gören var mı?
Ist ein Familienangehöriger aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung in ärztlicher Behandlung?

Hayır | Nein Evet | Ja

Üye | Mitglied

Adı • Soyadı Vorname • Nachname	Doğum Tarihi Geburtsdatum	Doğum Yeri Geburtsort	Yakınlığı Verwandtschaftsverhältnis	Varsa Hastalığın Adı Falls ja, Art der Erkrankung
1	/ /		Eşi Ehegatte <input type="checkbox"/> Bekâr Oğul Sohn (ledig)	
2	/ /		<input type="checkbox"/> Bekâr Kız Tochter (ledig)	
3	/ /		<input type="checkbox"/> Bekâr Oğul Sohn (ledig)	
4	/ /		<input type="checkbox"/> Bekâr Kız Tochter (ledig)	
5	/ /		<input type="checkbox"/> Bekâr Oğul Sohn (ledig)	
6	/ /		<input type="checkbox"/> Bekâr Kız Tochter (ledig)	

BANKA BİLGİLERİ | BANKVERBINDUNG

SEPA Borç Nakli Vekaletinin Verilmesi | SEPA-Lastschriftmandat

İşbu vekaletle, UKBA Bestattungshilfeverein e. V.'yi, tarafımdan ödenecek meblağları SEPA borç nakli yoluyla banka hesabımdan tahsil etmeye yetkili kılıyorum. Aynı zamanda, banka kurumuma, UKBA Bestattungshilfeverein e. V. tarafından banka hesabımdan çekilen SEPA borç nakillerini ödeme talimatını veriyorum.

Ich ermächtige den UKBA Bestattungshilfeverein e. V., die Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem UKBA Bestattungshilfeverein e. V. auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Not | Hinweis Çekim tarihinden itibaren sekiz hafta içerisinde çekilen tutarın iade edilmesini talep edebilirim. Bu hususta, banka kurumumla aramda olan anlaşmanın şartları geçerlidir. *Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

Yaş gruplarına göre kayıt ücreti tablosu | Aufnahmegebühr nach Altersgruppen

Yaş Alter	Avrupa Ülkeleri Euro-Länder
0-30	0 €
31-50	50 €
51-65	100 €
66-80	500 €
81 +	1500 €

Alacaklı | Zahlungsempfänger: UKBA Bestattungshilfeverein e. V.
Colonia-Allee 3 | D-51067 Köln

Hesap Sahibinin Adı • Soyadı Name des Kontoinhabers	Banka Kreditinstitut
---	------------------------

IBAN	BIC
------	-----

Bu kayıt formunu imzalayarak, UKBA Cenaze Yardımlaşma Derneği'nin (BKUG) arka sayfadaki şartnamesini okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim. Kişisel verilerinizin işlenmesine dair bilgileri şu linkte bulabilirsiniz: <https://www.ukba.eu/datenschutzerklaerung/>
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die AGB des UKBA Bestattungshilfeverein e. V. (BKUG) auf der Rückseite gelesen habe und einverstanden bin. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter: <https://www.ukba.eu/datenschutzerklaerung/>

Yer • Tarih Ort • Datum	İmza Unterschrift
---------------------------	---------------------

Kayıd Yapan Bölge Gebiet	Kayıd Yapan Şube Gemeinde	Kayıd Yapan Temsilci Empfehlung von
----------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

