

DATEN DES NEUKUNDEN

Vorname	_____	Nachname	_____
Straße	_____	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____	RV-Nummer	_____

Der / Die im folgenden Genannte hat mich von den Vorteilen der SIEMAG BKK überzeugt. Der Kassenwechsel zur SIEMAG BKK ist auf Grundlage seiner / Ihrer Empfehlung zustande gekommen.

DATEN DES WERBERS

Vorname	_____	Nachname	_____
Straße	_____	PLZ, Ort	_____
IBAN	_____	BIC	_____




Datum

Unterschrift des neuen Mitglieds

Unterschrift / Stempel des Werbers

Datenschutzhinweis

Die SIEMAG BKK (Kassensitz: Hillnhütter Str. 89, 57271 Hilchenbach, Telefon: 02733 29-2929, E-Mail: info@siemagbkk.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für das Gewinnen von Mitgliedern im Rahmen der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.siemagbkk.de/datenschutz.