

Verband kaufmännischer Agenten

Ackersteinstr. 164, 8049 Zürich
Tel. 044 340 18 88 Fax 044 341 78 94
www.vka.ch info@vka.ch

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt als Mitglied des Verbandes Kaufmännischer Agenten der Schweiz VKAS:

Name: Vorname:

Firmenname:

Adresse:

Telefon: Telefax:

Sind Sie im Handelsregister eingetragen? Ja / Nein * Seit:

Wünschen Sie die "2. Säule-Versicherung" auf Grund der Vereinbarung des Verbandes mit der Versicherung? Ja / Nein *

Der Mitgliederbeitrag beträgt **Fr. 300.--**.

* Zutreffendes bitte unterstreichen

....., den

Stempel und Unterschrift: