



# Islamska zajednica Bošnjaka u Njemačkoj

## IGBD - Beerdigungshilfe gUG/Dženazetski fond

### Antrag auf mitgliedschaft im IGBD Beerdigungshilfe gUG



Rheinstr. 64, 65185 WIESBADEN, e-mail:beerdigungshilfe@igbd.org

#### 1. Podaci o podnosiocu zahtjeva

Persönliche Daten des Antragstellers

**Ime**  
Vorname

**Prezime**  
Nachname

**Datum rođenja**  
Geburtsdatum

**Ime majke**  
Name der Mutter

**Ime oca**  
Name des Vaters

**Spol**  
Geschlecht  Muški / Männlich  Ženski / Weiblich

**Državljanstvo**  
Staatsangehörigkeit  BiH / Bosnisch  Njemačko s bošnjačkim porijeklom  
Deutsch ursprünglich (B&H) Bosniakisch  Ostalo / Sonstige

#### 2. Podaci o supružniku

Persönliche Daten des Ehepartners

**Ime**  
Vorname

**Prezime**  
Nachname

**Datum rođenja**  
Geburtsdatum

**Ime majke**  
Name der Mutter

**Ime oca**  
Name des Vaters

**Spol**  
Geschlecht  Muški / Männlich  Ženski / Weiblich

**Državljanstvo**  
Staatsangehörigkeit  BiH / Bosnisch  Njemačko s bošnjačkim porijeklom  
Deutsch ursprünglich (B&H) Bosniakisch  Ostalo / Sonstige

#### 3. Adresa u Njemačkoj

Adresse in Deutschland

**Straße / Hausnr**

**PLZ**

**Ort**

**Oblast konzulata**  
Konsulargebiet

**Telefon**  
Telefon

**Mobitel**  
Mobil

**E-Mail**  
E-Mail

#### 4. Adresa gdje će se transportirati radi dženaze

Adresse für eine eventuelle Überführung

**Ulica**  
Straße

**Broj**  
Hausnr

**Pošanski broj**  
PLZ

**Mjesto**  
Ort

**Općina**  
Stadt

**Kanton**  
Provinz

**Telefon**  
Telefon

#### 5. Maloljetna djeca, bez bračne obaveze, koja će koristiti uslugu

Ledige, minderjährige Kinder des Mitgliedes, denen Beihilfeleistungen zu Teil werden können

Red.br. Nr.	Ime i prezime Vorname, Nachname	Mjesto rođenja Geburtsort	Datum rođenja Geburtsdatum	Srodstvo Verwandschaft
1				<input type="checkbox"/> Sin/ Sohn <input type="checkbox"/> Kćer/ Tochter
2				<input type="checkbox"/> Sin/ Sohn <input type="checkbox"/> Kćer/ Tochter
3				<input type="checkbox"/> Sin/ Sohn <input type="checkbox"/> Kćer/ Tochter
4				<input type="checkbox"/> Sin/ Sohn <input type="checkbox"/> Kćer/ Tochter
5				<input type="checkbox"/> Sin/ Sohn <input type="checkbox"/> Kćer/ Tochter

#### Dženazetskom fondu IGBD Beerdigungshilfe gUG

Pročitao sam sve članke pravilnika koji se nalaze na poledini obrazca i izjavljujem da ja to prihvatom. Poznato mi je da trebam uplatiti godišnji iznos na račun IGBD Beerdigungshilfe gUG kod KT Banke AG ( BIC:KTAGDEFFXXX ) na IBAN: DE45 5023 4500 0481 4000 01 kako bi postao član fonda IGBD Beerdigungshilfe gUG.

#### Dženaze Fonds IGBD Beerdigungshilfe gUG

Ich habe die AGB (Allgemeine Geschäftsbedingungen), die sich auf der Rückseite des Antrags befinden, gelesen und stimme diesen zu. Mir ist bewusst, dass ich den Jahresbeitrag an die IGBD Beerdigungshilfe gUG auf das Konto der KT Bank (BIC: KTAGDEFFXXX) mit der IBAN: DE45 5023 4500 0481 4000 01 entrichten muss, um Mitglied des IGBD Beerdigungshilfe Fonds zu sein.

#### Ovlašćenje za povlačenje sredstava sa računa

Zadržavši pravo na opoziv, prihvatom da, radi plaćanja godišnje članarine IGBD Beerdigungshilfe gUG povučem sredstva sa mog dolje navedenog računa.

#### SEPA - Lastschriftmandat ( Einzugsermächtigung )

Hiermit ermächtige ich die IGBD Beerdigungshilfe gUG widerruflich, die jeweils fälligen Jahresbeiträge von meinem Konto einzuziehen.

#### Vlasnik računa - Kontoinhaber

#### Naziv banke - Kreditinstitut

IBAN

BIC

Potpis podnosioca zahtjeva  
Unterschrift des Antragstellers

Potpis supružnika  
Unterschrift des Ehepartners

Datum

Potpis vlasnik računa  
Unterschrift des Kontoinhabers

Datum

**UZ OVAJ FORMULAR POSLATI KOPIJU LIČNOG DOKUMENTA I BORAVIŠNE DOZVOLE NA ADRESU IGBD BEERDIGUNGSHILFE**  
**DIESE AUSFERTIGUNG IST MIT DER KOPIE DES PERSONALAUSWEIS UND DES AUFENTHALTSTITELS AN DIE O.G. ADRESSE ZU VERSENDEN**

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)

**I G B D B E E R D I G U N G S H I L F E g U G**

IBAN

**D E 4 5 5 0 2 3 4 5 0 0 0 4 8 1 4 0 0 0 0 1**

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)

**K T A G D E F F X X X**

Betrag: Euro, Cent

Kunder-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers

**A N T R A G S G E B Ü H R**

noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen a 27 Stellen)

**I G B D B E E R D I G U N G S H I L F E g U G**

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen - oder Postfachangaben)

IBAN

Datum

Unterschrift(en)

#### Važne informacije

Wichtige Information

Visina uplate određuje se na osnovu starosne dobi naznačene u tabeli. Antragsgebühr nach der Alterstabelle

25-50 godina	60,-eur
51-60 godina	75,-eur
61-65 godina	150,-eur
66-70 godina	250,-eur
više od 70 godina	350,-eur

Plaćanje se vrši obavezno putem banke. Die Einzahlung erfolgt per Lastschrift.

Kod bračnih drugova visina uplate se određuje na osnovu starijeg bračnog druga. Bei verheirateten Personen richtet sich die Gebühr nach dem Alter des älteren Ehepartners.

Ova uplatnica važi za osobu naznačenu na uplatnici.

Diese Einzahlung gilt für die Person auf dem Einzahlungsschein.

**SEPA-Überweisung**