Beitrittserklärung/Änderungsmitteilung/

SEPA Lastschriftmandat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schwäbischer Albverein e.V.** | Ortsgruppe: **Schlaitdorf** |  |
| Hauptgeschäftsstelle  Hospitalstr. 21 B, 70174 Stuttgart |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (wird vom SAV ausgefüllt) | | | | | | | |
|  | Gau | OG-NR. |  | Mitgliedsnummer |  |  |  |
| **21** | **260** |  |  |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname | Geschlecht w ☐ m ☐ | |
|  |  | Körperschaft ☐ |
|  | | |
| Vorname | Geburtsdatum | |
|  |  | |

|  |
| --- |
| Straße und Hausnummer |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Postleitzahl | | Wohnort | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Beitragsgruppe | | Eintrittsjahr | Telefon | E-Mail | | | |
|  | |  |  |  | | | |
| Austritt zum 31.12.JJ: | | | ☐ gekündigt | | | ☐ verstorben | |
|  | Vorname (evtl. auch abweichender Nachname) | | | | Geburtsdatum | | Geschlecht |
| Ehegatte: |  | | | |  | |  |
| Kind 1 |  | | | |  | |  |
| Kind 2 |  | | | |  | |  |
| Kind 3 |  | | | |  | |  |
| Kind 4 |  | | | |  | |  |

# SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Schwäbischen Albverein e.V., Ortgruppe , Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schwäbischen Albverein e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN | Kontoinhaber: |
|  |  |
| BIC |  |
|  |  |
|  | (Nur ausfüllen, wenn Mitglied nicht Kontoinhaber ist) |
| Mandatsreferenz=Mitglied Nr.: | Datum/Unterschrift des Kontoinhabers: |
| Gläubiger ID-Nr. DE |  |

Stand Januar 2017