Beitrittserklärung/Änderungsmitteilung/

SEPA Lastschriftmandat

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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