

Beitrittserklärung/Änderungsmitteilung/ SEPA Lastschriftmandat

Schwäbischer Albverein e.V. Ortsgruppe: Waldenburg

Hauptgeschäftsstelle
Hospitalstr. 21 B, 70174 Stuttgart

(wird vom SAV ausgefüllt)		
Gau	OG-NR.	Mitgliedsnummer
Hohenlohe	12270	

Nachname		Geschlecht w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	
		Körperschaft <input type="checkbox"/>	
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., Ortsgruppe _____, 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	
Mandatsreferenz=Mitglied Nr.:	(Nur ausfüllen, wenn Mitglied nicht Kontoinhaber ist)
Gläubiger ID-Nr. DE	Datum/Unterschrift des Kontoinhabers: