

Beitrittserklärung/Änderungsmitteilung/ SEPA Lastschriftmandat



Schwäbischer
Albverein

Ortsgruppe Dapfen

Lichtenstein-Gau

Schwäbischer Albverein e.V. Ortsgruppe: Dapfen

Hauptgeschäftsstelle
Hospitalstr. 21 B, 70174 Stuttgart

Gau	OG-NR.	Mitgliedsnummer
013	040	(wird vom SAV ausgefüllt)

Nachname	Geschlecht w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> Körperschaft <input type="checkbox"/>
----------	--

Vorname	Geburtsdatum
---------	--------------

Straße und Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort
--------------	---------

Beitragsgruppe	Eintrittsjahr	Telefon	E-Mail
----------------	---------------	---------	--------

Bei Austritt zum 31.12. _____ : 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 **Dapfen**, 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	
(wird vom SAV ausgefüllt)	(Nur ausfüllen, wenn Mitglied nicht Kontoinhaber ist)
Mandatsreferenz=Mitglied Nr.: 13040- _____	Datum/Unterschrift des Kontoinhabers:
Gläubiger ID-Nr. DE 9727 5000 0010 8609	

Datenschutzerklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten zur Beantwortung meiner Anfrage und für meine Mitgliedschaft gespeichert und genutzt werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung unter <https://albverein.net/datenschutzerklaerung/>.

Datum/Unterschrift _____

Stand Juli 2022