

Beitrittserklärung/Änderungsmitteilung/ SEPA Lastschriftmandat

Schwäbischer Albverein e.V. Ortsgruppe: **Bartholomä**

Hauptgeschäftsstelle
Hospitalstr. 21 B, 70174 Stuttgart

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

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 Bartholomä, 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: