Schwäbischer Albverein e.V.

Versicherung

Hospitalstr. 21 B

70174 Stuttgart

Bitte vor Antritt der Wanderung absenden oder per E-Mail an: versicherungen@schwaebischer-albverein.de

Lastschriftmandat erforderlich!

**Beitrag einschl. Versicherungssteuer: 10,00 Euro/Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Veranstaltung Bezeichnung:       Datum:von/am       bis        | Ortsgruppe:       Ansprechpartner (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail):                         |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd.Nr. | Zuname und Vorname | Geburtstag | Lfd.Nr. | Zuname und Vorname | Geburtstag |
| 1 |       |       | 14 |       |       |
| 2 |       |       | 15 |       |       |
| 3 |       |       | 16 |       |       |
| 4 |       |       | 17 |       |       |
| 5 |       |       | 18 |       |       |
| 6 |       |       | 19 |       |       |
| 7 |       |       | 20 |       |       |
| 8 |       |       | 21 |       |       |
| 9 |       |       | 22 |       |       |
| 10 |       |       | 23 |       |       |
| 11 |       |       | 24 |       |       |
| 12 |       |       | 25 |       |       |
| 13 |       |       | 26 |       |       |

|  |
| --- |
| Gesamtbeitrag (Anzahl Personen x 10,00€)       |
| Ort, Datum     ,        | Unterschrift der Ortsgruppe des Vereins       |

Hinweis: Es kann ohne Lastschriftmandat kein Versicherungsschutz abgeschlossen werden!
Nachstehendes Lastschriftmandat gilt für den Gesamtbeitrag!

|  |
| --- |
| **SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat****Mandatsreferenz = Ortsgruppennummer**       **Gläubiger ID: DE97 ZZZ 00000108609**Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung**Zahlungsempfänger:**Schwäbischer Albverein e. VHauptgeschäftsstelleHospitalstr. 21 b70174 StuttgartIBAN: DE76 6005 0101 0002 6300 07 (SOLADEST600 BW-Bank)Ich ermächtige die Hauptgeschäftsstelle des Schwäbischer Albverein e. V. Zahlungen für die zusätzliche Unfallversicherung im Gesamtbetrag pro eingereichte Anmeldeliste wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schwäbischen Albverein e. V. auf dem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.Vorname und Name (Kontoinhaber)      Straße und Hausnummer      PLZ und Ort      Kreditinstitut      IBAN DE     BIC       |
| Ort, Datum     ,        | Unterschrift der Ortsgruppe des Vereins       |