

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Veranstaltung an

Termin Preis €

Teilnehmer_in männlich weiblich divers Geburtsdatum

Name Vorname

Anschrift PLZ Ort

Telefon E-Mail

Mitgliedsnr.

Gesetzl. Vertreter_in und Anschrift, wenn abweichend

Name Vorname

Anschrift PLZ Ort

Telefon E-Mail

Bankeinzugsermächtigung siehe Rückseite

Ja, ich möchte Mitglied im Schwäbischen Albverein in der Ortsgruppe _____ werden, um die günstigen Konditionen zu nutzen, siehe www.albverein.net/leistungen-und-beitraege. Hier kannst du direkt Mitglied werden: www.albverein.net/mitglied-werden

Ja, ich schließe eine Reise-Rücktrittskosten-Versicherung zum Preis von 2,9 % des Reisepreises (ohne Selbstbehalt) ab. (Vertragskonditionen siehe Seite 50)

- Ich erkläre durch meine Unterschrift, dass ich selbst oder die hier angemeldete Person, deren gesetzliche_r Vertreter_in ich bin, die Reisebedingungen zur Kenntnis nehme und damit einverstanden bin.
- Ich bin damit einverstanden, dass Foto- und Videoaufnahmen des/der Teilnehmenden in Digital- und Druckmedien der Schwäbischen Albvereinsjugend und deren Partner_innen veröffentlicht werden und zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit weitergegeben werden dürfen.
- Die Ersterklärung zum Datenschutz (siehe Seite 51f.) habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer_in

Unterschrift erste_r gesetzl. Vertreter_in Unterschrift zweite_r gesetzl. Vertreter_in

ANMELDUNG

Deutsche Wanderjugend im Schwäbischen Albverein e. V., Hospitalstraße 21 B, 70174 Stuttgart
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE97 580 00000108609

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Das Fälligkeitsdatum wird in der Anmeldebestätigung mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Wanderjugend im Schwäbischen Albverein e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Wanderjugend im 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.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers

Anschrift

Postleitzahl

Ort

Kreditinstitut

BIC

DE
 IBAN

Ort, Datum

Unterschrift