

Antrag

zur Aufnahme als assoziiertes Mitglied im DRV



Deutscher Reiseverband
Mitgliederservice
Lietzenburger Straße 99
10707 Berlin



Ja, ich will assoziiertes Mitglied im Deutschen Reiseverband werden.
Von der Satzung und der Beitragsordnung habe / n ich / wir Kenntnis genommen.

Der Aufnahmeantrag erfolgt vorbehaltlich meiner / unserer Zustimmung zur vorgeschlagenen Beitragshöhe.

Ort

Datum

Firmenstempel, Unterschrift des Vertretungsberechtigten

AUSKÜNFTE

1	Firmierung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Anschrift	Straße <input type="text"/>	Nr. <input type="text"/>
		PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
	Vorwahl / Telefon	<input type="text"/>	Telefax <input type="text"/>
	Firmen-E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Homepage	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Rechtsform	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Angemeldete Tätigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2

Gewerbe-Anmeldung bei am

Handelsregister-Eintragung Nr. am

Amtsgericht

Gesellschafter

Tochterunternehmen

Bitte fügen Sie eine Kopie der Gewerbeanmeldung bzw. des Handelsregister-Eintrags bei!

3

Inhaber und/oder Geschäftsführer des Antrag stellenden Unternehmens

3.1

Name Akadem. Titel

Vorname Funktion

Geburtsdatum Telefon

E-Mail

3.2

Name Akadem. Titel

Vorname Funktion

Geburtsdatum Telefon

E-Mail

3.3

Name Akadem. Titel

Vorname Funktion

Geburtsdatum Telefon

E-Mail

3.4

Ansprechpartner für den DRV (wenn abweichend)

Name Akadem. Titel

Vorname Funktion

Geburtsdatum Telefon

E-Mail



Deutscher Reiseverband
Mitgliederservice
Lietzenburger Straße 99
10707 Berlin

Gläubiger Identifikationsnummer
Mitgliedsnummer (Mandatsreferenz)

DE29ZZZ00000000223

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Deutschen Reiseverband, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Reiseverband auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte füllen Sie die Felder in Druckschrift aus. Vielen Dank!

Kontoinhaber	<input type="text"/>	
Anschrift	Straße	<input type="text"/> Nr. <input type="text"/>
	PLZ	Ort <input type="text"/>
Name Kreditinstitut	<input type="text"/>	
IBAN	<input type="text"/>	
BIC	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ort, Datum		Firmenstempel, Unterschrift des Vertretungsberechtigten