

VERTRIEBSPARTNER
Anlageblatt – Stammdaten



BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name/Firma (Firma laut Firmenbuch):		
<input type="checkbox"/> Reisebüro <input type="checkbox"/> Reiseveranstalter <input type="checkbox"/> Fluglinie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
PLZ:	Ort:	Straße/Gasse/Platz, Tür Nr.:
Telefon:	Mobil:	Fax:
Email:		Website:
juristische Person Firmenbuch-Nr. _____ UID-Nr.: _____		natürliche Person Sozialversicherungs Nr., Geburtsdatum : _____ Finanzamtsnummer: _____ Steuer-Nr. (siebenstellig): _____
CRS / elektronisches Buchungssystem:		ID-Nr.:
Ansprechperson		
Familienname:	Vorname:	Titel:
Telefon/Mobil:	Fax:	Email:
Kooperation/Einkaufsgemeinschaft/Gruppenzugehörigkeit:		
Anmerkungen:		
SEPA Mandat: Ich/Wir ermächtigen hiermit die Europäische Reiseversicherung AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Europäischen Reiseversicherung AG auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsempfänger: Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4,1220 Wien, Creditor ID: AT37ZZZ00000002762		
IBAN:		BIC:

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel Vertriebspartner