VERTRIEBSPARTNER





Unterschrift / Stempel Vertriebspartner

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name/Firma (Firma laut Firmenbuch):					
Reisebüro Reiseveranstalter Fluglinie Sonstiges:					
PLZ:	Ort:	Straße/Gasse/Platz, Tür Nr.:			
Telefon:		Mobil: Fax:			
Email:			Website:	Website:	
juristische Person Firmenbuch-Nr.			Sozialversicherung	natürliche Person Sozialversicherungs Nr., Geburtsdatum :	
UID-Nr.:				Finanzamtsnummer: Steuer-Nr. (siebenstellig):	
CRS / elektronisches Buchungssystem:			ID-Nr.:	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:	BIC:		

Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwijlestraße 4,1220 Wien, Tel.++43/1/317 25 00, Fax ++43/1/319 93 67, info@europaeiche.at, www.europaeische.at, Firmenbuch HG Wien FN 55418y, DVR-Nr.: 0490083, UID-Nr.: ATU 15362408, Als Versicherer von der USt. befreit. Die Gesellschaft gehört zur Unternehmensgruppe der Assicurazioni Generali S.p.A., Triest, eingetragen im Versicherungsgruppenregister der IVASS unter der Nummer 026.

Ort, Datum