

# Antrag

zur Aufnahme als assoziiertes Mitglied auf Probe im DRV



Deutscher Reiseverband  
Mitgliederservice  
Lietzenburger Straße 99  
10707 Berlin



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

Ort

Datum

Firmenstempel, Unterschrift des Vertretungsberechtigten

## AUSKÜNFTE

<b>1</b>	Firmierung	<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"/>	
	Homepage	<input type="text"/>	
	Rechtsform	<input type="text"/>	
	Angemeldete Tätigkeit	<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