

VERTRIEBSPARTNER
Anlageblatt – Stammdaten
zur Beantragung der Zusammenarbeit mit der Europäischen Reiseversicherung



BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Firmenname laut Firmenbuch: _____			
Unternehmensbezeichnung (selbstgewählt): _____			
<input type="checkbox"/> Reisebüro <input type="checkbox"/> Reiseveranstalter <input type="checkbox"/> Fluglinie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Anschrift:			
PLZ: _____	Ort: _____	Straße/Gasse/Platz, Tür Nr.: _____	
Telefon: _____		Mobil: _____	Fax: _____
Email: _____		Website: _____	
Wichtige Informationen:			
Firmenbuch-Nr. _____		Finanzamtsnummer (zweistellig): _____	
Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum (wenn kein Eintrag im Firmenbuch vorhanden) : _____		Steuer-Nr. (siebenstellig): _____	
		UID-Nr. (falls vorhanden): _____	
<input type="checkbox"/> BusinessPortal (Online Buchungstool der Europäischen)		<input type="checkbox"/> sonstiges Reservierungssystem ID-Nr.: _____	
Ansprechperson im Betrieb			
Familiennamen: _____		Vorname: _____	Titel: _____
Telefon/Mobil: _____		Fax: _____	Email: _____
<input type="checkbox"/> Kooperation: _____ <input type="checkbox"/> Franchise: _____ <input type="checkbox"/> Mitglied von: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
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