



Aufnahmeantrag

Ich beantrage meine Aufnahme in den Verein „Hovawartfreunde Schleswig-Holstein Mitte e. V.“ als

Mitglied Familienmitglied minderjähriges Mitglied förderndes Mitglied

Name: Vorname:

Geburtsdatum: PLZ/Ort:

Straße / Hausnummer:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Anerkennung der Regularien des Vereins

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich die Satzung und Vereinsordnungen die Beitragsordnung und die jeweils gültigen Beitragssätze des Vereins an.

Mitgliedschaft in weiteren Rasseverbänden

Ich bin Mitglied im „Rassezuchtverein für Hovawart-Hunde e. V.“: JA NEIN

Mitgliedsnummer im RZV:

Ich bin Mitglied in einem VDH-Rasseverband: JA NEIN

Name des Verbands:

Mitgliedsnummer:

Haftpflichtversicherung / Impfung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mein / meine Hund/e haftpflichtversichert und vorschriftsmäßig geimpft ist / sind.

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß der Bestimmungen der Datenschutzgesetze bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Aufnahmeentgelt

Nach erfolgter Aufnahme, über die ich schriftlich unterrichtet werde, ist ein Aufnahmeentgelt lt. Beitragsordnung von 75,00 EUR fällig.

Beitragshaftung für minderjährige Mitglieder

Ich/wir als der/die gesetzliche/n Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit (Vollendung 18. Lebensjahr) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

Datum, Ort

Unterschrift Bei Minderjährigen die Unterschrift/en des/der gesetzlichen Vertreter/s



SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID DE56ZZZ00002094161

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

Ich ermächtige die Hovawartfreunde SH Mitte e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Hovawartfreunde SH Mitte e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name:

Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Datum, Ort

Unterschrift