

# Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein **Kurzhaarklub WESER Bremen e.V.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ u. Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Jagdscheininhaber:  Ja -  Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Ich erkenne die Satzung des Vereins Kurzhaarklub WESER Bremen e.V. (veröffentlicht unter [www.dk-weser-bremen.de](http://www.dk-weser-bremen.de)) und die jeweils gültigen Fassungen der Satzungen und Ordnungen des Deutsch Kurzhaarverbandes und des Jagdgebrauchshundverbandes (beim JGHV veröffentlicht unter [www.jghv.de](http://www.jghv.de)) an. Der Vereinsbeitrag in Höhe von derzeit *EUR 35,00* wird jeweils zum 01. März abgebucht. Mit der Unterschrift wird ausdrücklich die Kenntnisnahme und Geltung der datenschutzrechtlichen Hinweise für personenbezogene und personenbeziehbaren Daten auf der Homepage des Vereins und der dort genannten Anlagen bestätigt und in die dort aufgezeigte Verarbeitung der in diesem Formular gemachten Angaben bis auf ausdrücklichen Widerruf eingewilligt.

Eintrittsdatum :

.....  
Ort, Datum Unterschrift

✂.....✂  
SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments**

**Verein Kurzhaarklub WESER Bremen e.V.**

**1. Vorsitzender +\*:HVVHOV**

**6FKIHUV\*DUWHQ**

**31535 Neustadt**

**Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)**

**Mandatsreferenz:**

DE88ZZZ00000368440

Mitgliedsnummer

Ich/Wir ermächtige(n) den

Verein Kurzhaarklub WESER Bremen e.V., 1. Vorsitzender H.-G. Wessels, Schäfers Garten 5, 31535 Neustadt

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein Kurzhaarklub WESER Bremen e.V., 1. Vorsitzender H.-G. Wessels, Schäfers Garten 5, 31535 Neustadt auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

*Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

.....  
Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

.....  
Kreditinstitut

..... DE.....  
BIC IBAN

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers