

**ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT im „Jagdgebrauchshundverein
Oberhavel / Uckermark e.V.“**
- nur im Original -
- an den Vors. des JGV OHV/UM e.V.

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den JGV OHV/UM e. V.		
Vorname Name:		
Straße, Hausnummer:		
Postleitzahl, Wohnort:		
Bundesland oder Land:		
Geburtsdatum:		
Telefonnummer:		
Telefon mobil:		
Fax-Nummer:		
E-Mail-Adresse:		
Beruf:		
Besitz eines gültigen, eigenen, deutschen Jagdscheines:		
Mitglied der Hundezucht-und Prüfungsvereine:		
Ich erkläre ausdrücklich und vorab, dass ich die Satzung des JGV OHV/UM e.V. in der Fassung vom 22.02.2015 anerkenne, willens bin nach dieser zum Wohle der Jagdhunde und des Vereins zu wirken, gleichermaßen Rechte wie Pflichten aus der Satzung, den jeweils gültigen Ordnungen sowie den moralisch-ethischen und Rechtsgrundsätzen über die waidgerechte Jagdausübung und den Jagdhundeeinsatz übernehme und befolge.		
Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.		
der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 10,-€		
Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers
Der Aufnahme wird (ggf. nach Rücksprache mit dem Antragsteller) gem. § 7 der Satzung zugestimmt bzw. bestehen gegen die Aufnahme die o. a. Bedenken:		
Ort	Datum	Unterschrift des Vorsitzenden/stellv. Vors.



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Jagdgebrauchshundeverein Oberhavel/Uckermark e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Altes Forsthaus 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
16792 Zehdenick

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 7 6 Z Z Z 0 0 0 0 2 3 1 9 1 3 2

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: