

## **Beitrittserklärung**

**BITTE IN DRUCKBUSTABEN AUSFÜLLEN!**

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

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

Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Name Hund: \_\_\_\_\_

Rasse / Misch: \_\_\_\_\_

Geb.- Datum Hund: \_\_\_\_\_

@ Mail: \_\_\_\_\_

Tritt der IG Sauerländer Hundefreunde e.V. ab dem 01. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bei.

Der Jahresbeitrag beträgt zur Zeit:

( ) aktives Mitglied 40 €

( ) Familienbeitrag 60 €

( ) fördernde Mitglieder mindestens 20 €

Die Beiträge werden jährlich am 15.01. eingezogen. Bei Eintritt innerhalb des laufenden Geschäftsjahres, wird der Beitrag anteilig für das verbleibende Jahr berechnet. Der Vereinsaustritt ist dem Vorstand durch schriftliche Kündigung zu erklären. Die Kündigungsfrist beträgt 1 Monat vor dem Jahreswechsel.

Bei Eintritt ist eine einmalige Gebühr von 20 € zu entrichten, die bei ordnungsgemäßer Kündigung zurückerstattet wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ges. Vertreter

(Mit der Unterschriftsleistung erklären wir uns gesetzlicher Vertreter bereit, für Forderungen des Vereins aus dem Mitgliedschaftsverhältnis einzutreten)



<http://www.sauerlaender-hundefreunde.com>

[info@sauerlaender-hundefreunde.com](mailto:info@sauerlaender-hundefreunde.com)

Vorsitzende: Silke Grewe, Roter Weg 11, 59939 Olsberg, Tel.: 0151 / 28960483

Kassierer: Karin Steinke, Tel.: 0151 / 27022525

Bankverbindung: IBAN: DE96 4666 0022 2100 6006 00 BIC: GENODEM1NEH

## Ermächtigung zum Einzug der Beträge mittels Lastschrift

IG Sauerländer Hundefreunde e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00000162969

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
(Bitte frei lassen, wird vom Verein vergeben)

### SEPA- Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein IG Sauerländer Hundefreunde e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der IG Sauerländer Hundefreunde 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift