

VEREIN FÜR DEUTSCHE SCHÄFERHUNDE (SV) e.V.

Ortsgruppe Kaiserslautern



Aufnahme-Antrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Ortsgruppe Kaiserslautern im Verein für Deutsche Schäferhunde (SV) e.V. Die Satzung der Ortsgruppe Kaiserslautern und des Hauptvereins werden von mir uneingeschränkt anerkannt. Die jeweilige Fassung ist aus dem Internet zu entnehmen. Bis zum Eintritt in den Hauptverein, oder nach dem Austritt aus dem Hauptverein, werde ich als Fördermitglied der OG geführt.

Das erste Jahr der Mitgliedschaft in der OG Kaiserslautern gilt als Probezeit für beide Teile und kann binnen dieser Zeit beidseitig mit einer Frist von einer Woche aufgelöst werden.

Die Aufnahmegebühr und Beiträge betragen derzeit:

Aufnahmegebühr (Erwachsene)	20,00 €	Aufnahmegebühr (< 18 Jahre)	12,00 €
Jahresbeitrag Vollmitglied	24,00 €	Jahresbeitrag Kinder	0,00 €
Jahresbeitrag Familienmitglieder	18,00 €	Jahresbeitrag ab dem 14. Lebensjahr (wenn keine Familienmitgliedschaft möglich ist!)	16,00 €

Vorname _____ Name _____
Beruf _____ Geburtsdatum _____
Straße _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Telefax _____
Mobil _____ Internet _____
Eintrittsdatum _____
Email _____@_____

Ich bin bereits Mitglied im Hauptverein seitdem _____ Nr. _____

Die Haftpflichtversicherung für meinen Hund wird durch Übergabe der Versicherungspolice nachgewiesen.

Gesellschaft: _____ Nr. _____



bitte wenden

Vereinsheim
Kniebrech 11b
67657 Kaiserslautern

Telefon
0631 497 05

Internet
www.schaeferhunde-kl.de

Bankverbindung
Stadtsparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE60 5405 0110 0000 101048
BIC: MALADE 51 KLS

SteuerNr.:
27/19/675/008/0

Vorstand:
Hans-Jürgen Rubel
Friedenstr. 127
67657 Kaiserslautern

0176-24951767

hjrubel@googlemail.com



SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

Verein Deutscher Schäferhunde Ortsgruppe Kaiserslautern

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer

Friedenstr. 127

Postleitzahl und Ort

67657 Kaiserslautern

Land

D

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE03ZZZ00000169471

Mitgliedsnummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

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 s.o.) 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.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort

Land

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) – falls nicht vorhanden: Konto-Nr.

BIC (8 od. 11 Stellen) – falls nicht vorhanden: Bankleitzahl

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)