# Jagdgebrauchshundeverein Königs Wusterhausen e.V.

## Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Jagdgebrauchshundeverein Königs Wusterhausen e.V.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name | | Vorname | |
| Geburtsdatum | | Beruf | |
| Postleitzahl | | Wohnort | |
| Straße / Nr. | | Tel. | |
| Hunderasse | | eMail | |
| Jagdscheininhaber | | ☐ ja | ☐ nein |
| Verbandsrichter | | ☐ ja | ☐ nein |

**Datum und Unterschrift**

Satzungsgemäß entscheidet die Jahreshauptversammlung bei ihrer nächsten Zusammenkunft über die Aufnahme.

Der Jahresbeitrag beträgt 20,00 €, Einmalig wird eine Aufnahmegebühr von 5,00 € erhoben.

Als Mitglied unseres Vereins nehmen Sie an unseren Prüfungsveranstaltungen bevorzugt und zu einem geringeren Nenngeld teil als Nichtmitglieder. Sie erhalten von uns zeitnah wichtige Informationen aus dem Bereich Jagdgebrauchshunde sowie Informationen zu Prüfungsordnungen oder Terminen.

1. Vorsitzender: Mike Wittki, Mittenwalder Str. 6, 15749 Mittenwalde OT Motzen, Tel. 033769/61975 info@jgv-kwh.de
2. Vorsitzende: Dr. Dagmar Heydeck, Lindenstr. 12a, 15746 Groß Köris Tel. 033766/20713, d.heydeck@jgv-kwh.de
Schatzmeisterin und Geschäftsstelle: Angela Wittki, Mittenwalder Str. 6, 15749 Mittenwalde OT Motzen
Tel. 033769/61975, Fax 033769/20522
**info@jgv-kwh.de** **www.jgv-kwh.de**
**Mittelbrandenburgische Sparkasse**
**IBAN: DE24 1605 0000 3661 0201 01 – BIC: WELADED1PMB**

# SEPA-Lastschriftmandat
# SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Jagdgebrauchshundeverein Königs Wusterhausen e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Mittenwalder Straße 6

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

15749 Mittenwalde

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D E 7 1 Z Z Z 0 0 0 0 2 4 7 9 7 5 7

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

Mitgliedsnummer des Zahlungspflichtigen

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. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:**

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

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