

Sonderverein der Züchter der Bielefelder Kennhühner

S.V.-Kontaktadresse:

1. Vorsitzender Oliver Anders

Alt Bischofsheim 25

63477 Maintal

aufnahmeantrag@bielefelder-kennhuehner.de

Aufnahmeantrag für Mitgliedschaft in den SV

Vorname	
Name	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ Wohnort	
Telefon	
E-Mail	
Ortsverein	
Ich züchte	

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag über 15,00 € jährlich von meinem Girokonto abgebucht wird.

Siehe SEPA Einzugsermächtigung.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

SV der Züchter der Bielefelder Kennhühner

Einwilligung zur Veröffentlichung von personenbezogenen Daten

Nachname	
Vorname	
Anschrift	
Telefon	
Telefax	
E-Mail	

Ich bin damit einverstanden, dass der SV der Züchter der Bielefelder Kennhühner personenbezogene Daten und Fotos in den Verbandsinternen Printmedien und auf der Internetseite dieser Organisation veröffentlicht. Weiterhin können diese Daten an externe z.B. Print- und andere Medien übermittelt werden. Dieses Einverständnis betrifft insbesondere Name, Fotos, Anschrift, Telefonnummer, Telefax und E-Mail. Das Einverständnis wird ebenfalls bei Anfragen von nationalen und internationalen Züchtern, zwecks Tiermaterial umgesetzt.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Verband der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/ Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Bereits auf der Homepage des SV veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

SV Bielefelder Kennhühner
c/o Matthias Klaus
Am Graben 2
38871 Wasserleben

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE30ZZZ00002189010

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandatsreferenz

Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto mit der

Kto.-Nr.	Bankleitzahl
genaue Bezeichnung des konföherenden Kreditinstituts	

einanzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

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.

Kreditinstitut	
BIC ¹	IBAN DE

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.