



DEUTSCHER VERBAND FÜR
JAGDMEDIZIN E.V.

Beitrittsantrag

Ich möchte ab sofort Mitglied im *Deutschen Verband für Jagdmedizin e.V.* werden.

Kontaktdaten (bitte vollständig ausfüllen)

Titel:	Anrede:
Name:	Vorname:
Straße/Hausnummer:	PLZ:
Ort:	Land:
Fon:	Email:
Mobil:	Fax:
Geburtsdatum:	Beruf:

Jagdscheininhaber: ja nein

Ich bin eingeschriebene/-r Student/-in und reiche einen Nachweis hierüber nach.

Universität: _____

Studienfach: _____

www.jagdmedizin.de



DEUTSCHER VERBAND FÜR
JAGDMEDIZIN E.V.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Deutschen Verband für Jagdmedizin e.V., dass mein jährlicher Mitgliedsbeitrag in der von der Mitgliederversammlung genehmigten Höhe (aktuell 60,- Euro, Stand 30. Mai 2014) bei Fälligkeit bis auf Widerruf zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Meine Bankverbindung lautet:

IBAN:	BIC:
Bankname:	Kontoinhaber:
Ort, Datum:	Unterschrift Kontoinhaber:

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Speicherung, Verarbeitung und satzungsgemäßen Weitergabe meiner Mitgliederdaten zu informationellen, satzungsgemäßen und wissenschaftlichen Zwecken durch den Deutschen Verband für Jagdmedizin e.V. einverstanden.

Ort / Datum / Unterschrift



DEUTSCHER VERBAND FÜR
JAGDMEDIZIN E.V.

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Deutscher Verband für Jagdmedizin e.V.

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Schwanallee 50

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

35037 Marburg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 6 2 Z Z Z 0 0 0 1 4 6 5 8 8 1

Mandatsreferenz / Mandate reference:

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 Betrag 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.



DEUTSCHER VERBAND FÜR
JAGDMEDIZIN E.V.

Zahlungsart / Type of payment:

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

Name 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 die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

NOTE: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location: _____ **Datum / Date:** _____

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