

PZV Eifel e.V.  
z.Hd. Frau A. Heinz  
Birkenstrasse 14

54662 Herforst



Pferdezuchtverein Eifel e.V.

# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Pferdezuchtverein Eifel e.V.

Gleichzeitig erkläre ich, die mir bekannte Satzung anzuerkennen und den von der Mitgliederversammlung festgesetzten Mitgliedsbeitrag fristgerecht zu entrichten.

ordentliches Mitglied (12,-/Jahr): Anzahl eingetragener Stuten : \_\_\_\_\_  
(  Warmblut  Pony  Haflinger  Sonstige)

Anzahl eingetragener Hengste: \_\_\_\_\_  
(  Warmblut  Pony  Haflinger  Sonstige)

außerordentliches Mitglied (12,- €/Jahr)

Familienmitglied (beitragsfrei)

Jungzüchter

Zutreffendes bitte ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

\_\_\_\_\_  
e-mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte deutlich schreiben und  
ausreichend frankiert an o.g.  
Adresse senden.

**Erklärung zum SEPA-  
Lastschriftverfahren auf der  
Rückseite.**

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: **Pferdezuchtverein Eifel e.V.**

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer: **Birkenstr. 14**

Postleitzahl und Ort: **54662 Herforst**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE23ZZZ00001089641

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

Mitgliedsbeitrag [ Mandatsnr. \* ]

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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.

\* Mandatsnr. wird vor der ersten Abbuchung mitgeteilt

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Geb.datum:

Postleitzahl und Ort:

e-mail:

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):