

# BUNDESVERBAND DEUTSCHER ANGUS-HALTER E.V. – BDAH E.V.

Geschäftsstelle Woldegk, Am Bullenberg 1, 17348 Woldegk

Tel.: +49 3963 255 9-33, Fax: +49 3963 255 9-42, E-Mail: [geschaeftsfuehrung@angus-bundesverband.de](mailto:geschaeftsfuehrung@angus-bundesverband.de)



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Bundesverband Deutscher Angus-Halter e.V.

ab (Datum): \_\_\_\_\_ Ich erkenne die Satzung mit meiner Mitgliedschaft an.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Ortsteil: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Verband: \_\_\_\_\_ Anz. Mutterkühe: \_\_\_\_\_ Farbschlag: \_\_\_\_\_

Züchter:  (100,00 Euro Jahresbeitrag) Halter:  (50,00 Euro Jahresbeitrag)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Zahlungsempfängers:** Bundesverband Deutscher Angus-Halter e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:** Geschäftsstelle Woldegk, Am Bullenberg 1, D-17348 Woldegk

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE69ZZZ00001491751

**Mandatsreferenz** (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich/wir ermächtige(n) (A) den Zahlungsempfänger **Bundesverband Deutscher Angus-Halter e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Bundesverband Deutscher Angus-Halter e.V.** 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** (Angabe freigestellt)

\_\_\_\_\_  
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen):

\_\_\_\_\_  
BIC (8 oder 11 Stellen):

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJJJ), Ort:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)