



**EDHV**

Mitglied im europäischen Hufschmiede Verband

**EFFA**

**EDHV** e.V.  
Geschäftsstelle  
Postfach 401113

86890 Landsberg

Stand 10/18

## Mitgliedsantrag für Aus- und Fortzubildende

Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_

### **Beitrag:**

**Fort-/ Auszubildender im Hufbeschlagn (Bescheinigung beilegen!**, außerordentliches Mitglied) ..... 50 €/Jahr

Fort-/Ausbildungszeitraum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

**Ich bin verpflichtet, sobald ich die Hufbeschlagnprüfung bestanden habe, dies dem EDHV sofort schriftlich mitzuteilen.**

**Meine Mitgliedschaft (ordentliche Mitgliedschaft; Beitrag 190,-€) wird dann entsprechend angepasst.**

Bei Eintritt bis zum 31.3 fällt der volle Jahresbeitrag an, anschließend der monatlich anteilige Beitrag.

Als Eintrittsdatum gilt das Datum der Unterschrift.

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 25,00 € pro Mitglied.

- Mit der Weitergabe meiner Anschrift an interessierte Dritte (nur in Bezug auf den Hufbeschlagn) bin ich einverstanden.
- Adressänderungen teile ich dem EDHV sofort schriftlich mit.
- Bei Änderungen der Bankverbindung werde ich dem EDHV e.V. sofort schriftlich ein neues SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Sämtliche Kosten wegen Rücklastschrift gehen automatisch zu meinen Lasten.
- Ich verpflichte mich, die Satzung und Ordnungen des EDHV e.V. zu beachten und meinen Beitrag, der kalenderjährlich zum 15.01. im Voraus fällig ist, pünktlich zu entrichten.

Ort, Datum:

Unterschrift

### **SEPA LASTSCHRIFT MANDAT\***

Zahlungsempfänger EDHV e.V. Postfach 401113 86890 Landsberg Gläubiger Identifikationsnummer DE03ZZZ00000826452

Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT.

Ich ermächtige den Ersten Deutschen Hufbeschlagnschmiede Verband e.V. (EDHV), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom EDHV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name) \_\_\_\_\_ (BIC) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

IBAN D E \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Wiederkehrende Zahlung – Fälligkeit bei Eintritt sofort und anschließend jährlich zum 15. Januar

Ort, Datum:

Unterschrift

\*bei abweichendem Zahler ist unbedingt ein separates SEPA Lastschriftmandat auszufüllen