



EDHV

Mitglied im europäischen Hufschmiede Verband

EFFA

EDHV e.V.
Geschäftsstelle
Postfach 401113

86890 Landsberg

Stand 24/01

Mitgliedsantrag für Aus- und Fortzubildende

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Email: _____

Beitrag:

Fort-/Auszubildender im Hufbeschlag 50 €/Jahr

(Kopie Nachweis absolvierter Einführungslehrgang UND Kopie Fortbildungsvertrag notwendig!) außerordentliches Mitglied)

Fort-/Ausbildungszeitraum ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

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

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

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 Hufbeschlag) 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 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 Hufbeschlagschmiede 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.

_____| IBAN D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
Kreditinstitut (Name) | Kontonummer (IBAN)

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