EDHV e.V.
Geschäftsstelle
Postfach 401113

86890 Landsberg

EDHV

Mitglied im europäischen Hufschmiede Verband

EFFA

Stand 25/03

Mitgliedsantrag

für

Aus- und Fortzubildende

Herr **O** Frau **O**

Name: _____ Vorname: _____ Geb.:_____

Straße: _____PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____Mobil:_____

E-Mail: _____

Beitrag:

O **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 30.06 fällt der volle Jahresbeitrag an, anschließend der halbe Jahresbeitrag.
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