Jagdschutz- und Jägerverein Freising Stadt und Land e.V.
Kreisgruppe im Landesjagdverband Bayern e.V.

Aufnahmeantrag

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es nach dem Ausdrucken an:

Walter Bott; Pfarrweg 31; 85354 Sünzhausen
Bott.Walter@web.de

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Jagdschutz- und Jägerverein Freising Stadt und Land e.V.

☐ als Erstmitglied (ordentliches Mitglied) ☐ als Zweitmitglied

☐ als außerordentliches Mitglied (Förderer des Waidwerks)

☐ Ich beantrage die Jagdhaftpflichtversicherung bei der Interversicherung AG zum Jahresbeitrag von derzeit 25,20 EUR / Jahr für ☐ 1 Jahr ☐ 3 Jahre

Diese Versicherung kann nur von Vereinsmitgliedern abgeschlossen werden. Vor Ablauf der Versicherung kann die Vereinsmitgliedschaft nicht gekündigt werden. Der Versicherungsbeitrag wird vom Verein abgebucht und an die INTER-Versicherung weitergeleitet.

Ich erkläre mich bereit, die anerkannten Grundsätze deutscher Waidgerechtigkeit zu wahren und meiner Beitragspflicht regelmäßig nachzukommen.

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße Hausnummer: _____

PLZ Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Absender:

Vorname: _____
Name: _____
Straße Hausnummer: _____
PLZ Ort: _____

Jagdschutz- und Jägerverein Freising Stadt und Land e.V.
c/o Walter Bott
Pfarrweg 31
85354 Freising

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE75ZZZ00000666464**

Mandatsreferenz: _____
(Mitgliedsnummer beim BJV wird von Verein vergeben)

Einzugsermächtigung:
Ich ermächtige den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Mitgliedsbeiträge und ggf. Versicherungsbeiträge) bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen.

SEPA Lastschriftmandat:
Ich ermächtige den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

IBAN des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Bank _____

IBAN **DE** _____

BIC _____

Datum: _____

Unterschrift: _____