

Aufnahmeantrag „Jägerschaft Gera e. V.“

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

Plz./Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail Adresse: _____

Besitz des Jagdscheins seit: _____

Besteht eine Jagdhaftpflichtversicherung: () ja / () nein

Sollte keine Jagdhaftpflichtversicherung bestehen, bietet der Landesjagdverband Thüringen e. V., über eine Gruppenversicherung bei der Gothaer Versicherung, folgende Möglichkeiten an.

Bitte kreuzen Sie die von Ihnen gewünschte Laufzeit an:

Haftpflichtversicherung 1 Jahr: () 22,50 EUR
Haftpflichtversicherung 3 Jahre: () 64,10 EUR

Ich habe eine eigene Jagd-Haftpflicht bei:

Der Beitrag in der Jägerschaft Gera e. V. beträgt derzeit 101,00 EUR (63,00 EUR Mitgliedschaft Landesjagdverband Thüringen e.V. (LJV) / Deutscher Jagdverband e. V. (DJV), 38,00 EUR Jägerschaft Gera e. V.). Der Betrag, ggf. zuzüglich der Jahreshaftpflichtversicherung, wird bis zum Monat Februar jährlich des laufenden Kalenderjahres per Lastschrift von Ihrem Konto abgebucht. Bitte füllen Sie dazu das SEPA Lastschriftverfahren auf Seite 2 aus.

Jagdhundeführer: () ja / () nein

Rasse des Hundes, vorhandene Prüfungen des Hundes:

Der Aufnahmeantrag ist an folgende Adresse, vollständig ausgefüllt und unterschrieben, zeitnah per Post oder per E-Mail zu übersenden:

Manuel Zabel, Steinsdorf 37, 07570 Weida (E-Mail: mail@jaegerschaft-gera.de)

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die gültigen Datenschutzbestimmungen, die Zahlungsmodalitäten und die Satzung des Vereines Jägerschaft Gera e. V. an.

Ort, Datum

Unterschrift

Aufnahmeantrag „Jägerschaft Gera e. V.“

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Jägerschaft Gera e.V. Manuel Zabel Steinsdorf 37 07570 Weida	wiederkehrende Zahlungen
Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00001414420	
Mandatsreferenz =Mitgliedsnummer	

Ich ermächtige die Jägerschaft Gera e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Jägerschaft Gera e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort
Land

IBAN	BIC
------	-----

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------