

LANDESJAGDVERBAND BAYERN e.V. (BJV)
Hohenlindner Straße 12, 85622 Feldkirchen
Telefon 089/99023415 – Telefax 089/99023435

An die Kreisgruppe Bamberg
z.Hd. Frau Jeannette Rößner
Eulenbrunnen 1
96199 Zapfendorf

eMail: mitglieder@jagd-in-bamberg.de

**Antrag auf Mitgliedschaft / Änderung Mitgliedsdaten
im Jagdschutz- und Jägerverein Kreisgruppe Bamberg
im Landesjagdverband Bayern**

Ja, ich möchte Mitglied im Jagdschutz- und Jägerverein Bamberg werden.

Angaben zu meiner Person:

Anrede: _____ Akad. Grad: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon: _____ eMail-Adresse: _____

Beruf: _____

Jagdscheininhaber seit: _____ bzw. Jägerprüfung voraussichtlich: _____

Beitritt zur BJV-Kreisgruppe BAMBERG als Erstmitglied/Zweitmitglied*

Ich bin bereits Erstmitglied in der BJV-Kreisgruppe: _____ **

Ich bin bereits BJV-Mitglied seit: _____

Außerordentliches Mitglied: ja nein

Mitglied im BBB: ja nein

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

* Eine Zweitmitgliedschaft ist nur möglich, wenn bereits bei einer anderen Kreisgruppe des BJV eine Erstmitgliedschaft besteht.

** Diese Angabe ist nur (dann aber unbedingt) zu machen, wenn oben die Aufnahme als Zweitmitglied beantragt wurde.

SEPA-Lastschriftmandat

Name/Anschrift des Zahlungsempf. Jagdschutz- und Jägerverein, Kreisgruppe Bamberg
Straße und Hausnummer: Pettstadter Weg 19
Postleitzahl und Ort: 96114 Hirschaid
Land /: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00000646891

Die Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer im BJV

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Angaben zur Bankverbindung:

Ich bin mit dem Beitragseinzug (z.Zt. 67,50 Euro/Jahr) von meinem Konto einverstanden.
Zahlungsart: Wiederkehrend

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

IBAN _____

BIC _____

Name der Bank: _____

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Ihre Vorabinformation: Den Beitrag ziehen wir mit einer SEPA-Lastschrift zum 01.03. eines jeden Jahres ein. Fällt der Belastungstag auf ein Wochenende oder Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag Ihres Kreditinstituts.