

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

An die Kreisgruppe Bamberg  
z.Hd. Frau Ines Popp  
Hauptstraße 44  
96146 Altendorf

eMail: [mitglieder@jagd-in-bamberg.de](mailto: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.