



## Antrag auf Mitgliedschaft

Verband der Züchter und Freunde des Ostpreußischen Warmblutpferdes Trakehner Abstammung e.V.

Rendsburger Straße 178a, 24537 Neumünster  
Postfach 2729, 24517 Neumünster  
Telefon 0 43 21 / 9 02 70

Internet: [www.trakehner-verband.de](http://www.trakehner-verband.de)  
Email: [info@trakehner-verband.de](mailto:info@trakehner-verband.de)  
Fax 0 43 21 / 90 27 19 oder 90 27 29

**Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Trakehner Verband.**

Nachname

Vorname

Straße

PLZ/ Wohnort

2	7	6																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Registriernummer als Tierhalter (12stellig)

Geburtsdatum

Mobil

Telefon privat

Fax privat

Telefon geschäftlich

Fax geschäftlich

Email

Internet/Homepage

Name und Lebensnummer Ihrer eingetragenen Zuchtpferde (Stuten/Hengste)

### Zeitschrift DER TRAKEHNER

Ab sofort senden wir Ihnen 12x im Jahr unsere Zeitschrift DER TRAKEHNER (55,-- EUR) als offizielles Verbandsorgan mit allen für Sie wichtigen Terminen und Informationen zu. Falls Sie die Zeitschrift schon anderweitig beziehen, dann kennzeichnen Sie bitte:

O wird bereits bezogen von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ O wird bereits direkt vom Verlag bezogen.

Für den Erwerb der Mitgliedschaft von nicht volljährigen Personen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich. Der Sitz und der Gerichtsstand des Trakehner Verbandes/GmbH ist Neumünster. Der Unterzeichner erkennt Neumünster als Gerichtsstand an.

X

X

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

#### Trakehner Verband

Rendsburger Straße 178a, 24537 Neumünster  
Tel.: +49 - (0) 43 21 / 90 27 - 0  
Fax: +49 - (0) 43 21 / 90 27 - 19  
Registergericht: Amtsgericht Neumünster  
Verbandsnummer: VR 296  
Die Satzung und Beitragsordnung sind auf der Internetseite des Trakehner Verbandes unter [www.trakehner-verband.de/service/](http://www.trakehner-verband.de/service/) abrufbar oder über die Geschäftsstelle zu beziehen.

#### Trakehner Gesellschaft mbH

Rendsburger Straße 178a, 24537 Neumünster  
Tel.: +49 - (0) 43 21 / 90 27 - 0  
Fax: +49 - (0) 43 21 / 90 27 - 19  
Registergericht: Amtsgericht Neumünster  
Registernummer: HRB 544  
Vertretungsberechtigter Geschäftsführer:  
Lars Gehrman

## Bankeinzug

Trakehner Verband e.V. und Trakehner Gesellschaft mbH

Rendsburger Straße 178a, 24537 Neumünster    Internet: [www.trakehner-verband.de](http://www.trakehner-verband.de)  
Postfach 2729, 24517 Neumünster    Email: [info@trakehner-verband.de](mailto:info@trakehner-verband.de)  
Telefon: 0 43 21 / 9 02 70    Fax: 0 43 21 / 90 27 19 oder 90 27 29

**Hiermit erteile ich/wir ein Mandat zum Einzug von SEPA – Lastschriften.**

Zahlungsempfänger:	Trakehner Verband e.V. und Trakehner Gesellschaft mbH Rendsburger Straße 178a, 24537 Neumünster Trakehner Verband Gläubiger - ID - Nr.: DE50ZZZ00000753729 Trakehner GmbH Gläubiger - ID - Nr.: DE39ZZZ00000753733 Mandatsreferenz- Nr.: Die Mandatsreferenz - Nr. entspricht der Mitglieds- bzw. Kundennummer des Trakehner Verbandes bzw. der Trakehner GmbH. Diese ist auf den Rechnungen ausgewiesen. Für fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllte Bankangaben müssen wir zusätzliche Bankgebühren in Rechnung stellen.
--------------------	--

Kontoinhaber:	Name: _____ Vorname: _____  Straße/Nr.: _____  Plz/Ort: _____  IBAN (22 stellig):    - - - - -  BIC (11 stellig):    - - - - -  Name der Bank/Sparkasse: _____
---------------	--

Mandat für den Einzug von SEPA – Lastschriften:	Ich/Wir ermächtige/n den Trakehner Verband e.V. und die Trakehner GmbH Zahlungen/Rechnungsbeträge vom oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Trakehner Verband e.V. oder von der Trakehner GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die SEPA - Lastschriften des Trakehner Verbandes bzw. der Trakehner GmbH werden durch die Gläubiger - ID sowie der Mandatsreferenz Nr., die der Mitgliedsnummer entspricht, gekennzeichnet sein. 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.
---	--

X  
Ort, Datum

X  
Unterschrift des/der Kontoinhaber