



Antrag auf Mitgliedschaft

Verband der Züchter und Freunde des Ostpreußischen Warmblutpferdes Trakehner Abstammung e.V., Postfach 2729, 24517 Neumünster

Email: info@trakehner-verband.de

Fax 0 43 21 / 90 27 19 oder 90 27 29

Hiermit bitte/n ich/wir um Aufnahme in den Trakehner Verband.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Mitgliedschaft Einzelperson

Mitgliedschaft (unter 27 Jahren)
Jugendliche, Schüler,
Auszubildende, Studenten

Zuchtgemeinschaften, Gestüte,
Besitzergemeinschaften,
Familien, Konsorten, etc.

Nachname bzw. Name der Zuchtgemeinschaft/der Besitzergemeinschaft/des Gestüts/der Familie/des Konsortiums

Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

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

Registriernummer als Tierhalter (12stellig)

Geburtsdatum

Fax privat

Telefon privat

Fax geschäftlich

Telefon geschäftlich

Email

Mobil

Internet/Homepage

Name und Lebensnummer Ihrer eingetragenen Zuchtpferde (Stuten/Hengste)

Hinweise zum Datenschutz (DSVGO) und dem Widerspruchsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Zuchtgemeinschaften

Name des geschäftsführenden Vertreters

Geburtsdatum

Unterschrift

Name weiterer Gesellschafter

Geburtsdatum

Unterschrift

Zeitschrift DER TRAKEHNER

Ab sofort senden wir Ihnen 12x im Jahr unsere Zeitschrift DER TRAKEHNER (73,- EUR) als offizielles Verbandsorgan mit allen für Sie wichtigen Terminen und Informationen zu. Falls Sie die Zeitschrift schon anderweitig beziehen, dann kennzeichnen Sie bitte:

wird bereits bezogen von Herrn/Frau _____ 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/der Antragssteller oder des gesetzlichen Vertreters

Trakehner Verband

Registergericht: Amtsgericht Neumünster

Verbandsnummer: VR 296

Satzung und Beitragsordnung sind auf der Internetseite des Trakehner Verbandes unter www.trakehner-verband.de abrufbar oder über die Geschäftsstelle zu beziehen.

Bankeinzug

Trakehner Verband e.V. und Trakehner Gesellschaft mbH

Rendsburger Straße 178a, 24537 Neumünster Internet: www.trakehner-verband.de
Postfach 2729, 24517 Neumünster Email: 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