

Berufsverband
Klassischer Tierhomöopathen
Deutschlands e. V.

Poststraße 28
24589 Nortorf

Telefon: 0 43 92 - 28 80
info@bktd.com
www.bktd.com

AUFNAHMEANTRAG

<input style="width: 95%; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>
Name	Vorname
<input style="width: 95%; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>	
Geburtsdatum	
<input style="width: 95%; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>	<input style="width: 20%; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/> <input style="width: 75%; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>
Straße	PLZ/Ort
<input style="width: 95%; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px; background-color: #d9ead3;" type="text"/>
Telefon	E-Mail

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Berufsverband Klassischer Tierhomöopathen Deutschlands (BKTD) e. V. als:

- ordentliches Mitglied (120 € jährlich)
- außerordentliches Mitglied (50 € jährlich)
- Fördermitglied (40 € jährlich)

Gleichzeitig erkenne ich für den Fall meiner Aufnahme die Satzung des Berufsverbandes Klassischer Tierhomöopathen Deutschlands (BKTD) e. V. an.

Mit der Speicherung meiner Adresse und der Verwendung für die satzungsmäßigen Zwecke des Verbandes bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift



Volksbank-Raiffeisenbank im Kreis Rendsburg eG

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 <p>BKTD Berufsverband Klassischer Tierhomöopathen Deutschlands e.V. Poststraße 28 24589 Nortorf Tel.: 0 43 92 - 28 80</p>
--

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE 58 227 00000472285

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

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

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN
DE

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Volksbank-Raiffeisenbank im Kreis Rendsburg eG

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE 58 222 0000472285

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

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

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN
DE

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.