

Aufnahmeantrag



Antragsteller

Name:*	<input type="text"/>	Vorname:*	<input type="text"/>
Strasse, Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ:*	<input type="text"/>	Ort:*	<input type="text"/>
		Geburtstag:*	<input type="text"/>
Telefon:*	<input type="text"/>	Handy:*	<input type="text"/>
E-Mail:*	<input type="text"/>		
Firmenname:*	<input type="text"/>		

Zutreffendes bitte ankreuzen:*

(Mehrfachnennung möglich)

- | | | | |
|--|---|--------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bin nebergewerblich tätig | <input type="checkbox"/> Ich bin hauptgewerblich tätig | Seit:* | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Dogwalker | <input type="checkbox"/> Ich arbeite in der Öffentlichkeit (z.B. Auslaufgebiete, Straßen) | | |
| <input type="checkbox"/> Ich betreibe eine Pension | <input type="checkbox"/> Ich arbeite auf einem (eigenen) eingezäunten Gelände | | |
| <input type="checkbox"/> Ich transportiere Hunde im Auto | <input type="checkbox"/> Ich sitze Hunde bei den Besitzer zuhause | | |
|
 | | | |
| <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich mein Gewerbe beim zuständigen Gewerbeamt angemeldet habe.* | | | |
| <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich eine gültige Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen habe.* | | | |
| <input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich, dass ich die Satzung des BHD - Berufsverband der Hundebetreuer und Dogwalker anerkenne.* | | | |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE50ZZZ00001510523

Mitgliedsnummer(ersatzweise Nachname/Vorname)

Erteilung eines Lastschriftmandats (SEPA Lastschrift)

Hiermit ermächtige ich _____ widerruflich den
Vorname, Nachname

BHD e.V. c/o Lars Thiemann, Luchsweg 11a, 14195 Berlin

die von mir zu entrichtende Zahlung für

[x]jährlicher Mitgliedsbeitrag erstmalig im Jahr des Beitritts

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bei dem kontoführenden Institut mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BHD e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine Bankverbindung lautet:

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied