

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Ort/PLZ \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_



**ADT**

## Hiermit erkläre ich den Beitritt zur Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tierheilkundinnen (ADT) im FVDH e.V.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Herr/Frau

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_ Internet: \_\_\_\_\_

**Ich entrichte die Aufnahmegebühr in Höhe von € 15,-  
sowie den Monatsbeitrag für:**

Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Ausbildungsnachweises bei

**Tierheilkundinnen-Anwärter/in (THPA)**  
€ 10,- pro Monat  
(Ermäßigter Beitrag)

**Tierheilkundinnen/in**  
ohne Niederlassung (THPoNL)  
€ 20,- pro Monat

**praktizierende Tierheilkundinnen/in**  
(THPNL)  
€ 20,- pro Monat

Ich verpflichte mich, Statusänderungen vom THPA zum THPoNL bzw. THPNL der Geschäftsstelle umgehend mitzuteilen.

Die Beitragszahlung erfolgt jährlich, per:

**SEPA - Lastschriftmandat**  
Bitte beiliegendes Formular ausfüllen und zurücksenden.

Rechnung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V.  
Weseler Str. 19-21 | 48151 Münster | Deutschland

**D E 1 1 Z Z Z 0 0 0 0 0 6 9 4 9 7 0**

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

**X**

Zahlungsart:  
Wiederkehrende Zahlung  
type of payment:  
recurrent payment

Zahlungsart:  
Einmalige Zahlung  
type of payment:  
one-off payment

**Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V.  
Weseler Str. 19-21  
48151 Münster  
Deutschland**

**M i t g l i e d s n u m m e r :**

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

\_\_\_\_\_

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

\_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

\_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

\_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

\_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

\_\_\_\_\_

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. auf mein (unsere) 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.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V..

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor

Informationen zu SEPA-Mandaten: [www.sepa-mandat.de](http://www.sepa-mandat.de) / informations about sepa-mandate: [www.sepa-mandate.de](http://www.sepa-mandate.de)

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V., 48151 Münster