

Änderungsmitteilung
Jägerschaft Landkreis Harburg e.V.
in der Landesjägerschaft Niedersachsen e.V.



Zur Osterheide 100, 21376 Garlstorf, Tel: 04172 / 460 91 05 - Fax: 9000 843 – Mail: Schatzmeister@JLH-online.de

Bitte verwenden Sie diese Änderungsanzeige, wenn sich Ihre Anschrift geändert hat, Sie einem anderen Hegering zugeordnet werden möchten, Sie Ihre Deckungssumme ändern möchten, Sie künftig Ihren Beitrag per SEPA-Lastschriftmandat zahlen möchten, oder sich Ihre Bankverbindung bei geändert hat. Vielen Dank.

Mitglieds-Nr.:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ / Ort:

Bitte meine Mitgliedschaft einem neuen Hegering zuordnen:

Bisheriger Hegering: Gewünschter Hegering:

(**Hegering:** 1 = Hittfeld, 2= Stelle, 3 = Winsen, 4= Garlstorf, 5 = Hanstedt, 6 = Buchholz, 7 = Tostedt, 8 = Estetal)

Bitte meine Deckungssumme der Jagdhaftpflichtversicherung verändern:

Bisheriger Deckungssumme: Gewünschte Deckungssumme: 3 Mio. oder 6 Mio.

Meine Anschrift hat sich geändert:

Neu ab:
Datum

Anschrift:
Strasse, Plz., Wohnort

Tel. privat: Tel. geschäftlich:

ggf. Fax / e-Mail:

Lastschriftzug neu einrichten

Änderung der Bankverbindung

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat auf der nächsten Seite aus.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Interne Vermerke:

Adresse / Hegering geändert am:

Bankverbindung geändert / eingerichtet am:



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Jägerschaft Landkreis Harburg e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Zur Osterheide 100

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

21376 Garlstorf am Walde

Land / Country:

DE-Niedersachsen

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE27ZZZ00001133122

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

7010-

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser 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, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

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

Mitgliedsnummer:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.