



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme bei den Hundefreunden Hildesheim e.V.

Die Mitgliedsdauer beträgt mind. 1 Jahr und kann spätestens 3 Monate vor Ablauf jeden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Bei einer nicht fristgerechten Kündigung verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch um ein weiteres Jahr. Selbiges gilt für die Familienmitgliedschaft.

### Mitgliedsbeiträge und weitere Verpflichtungen:

Jahresbeitrag *aktives Mitglied* (HM): \_\_\_\_\_ 96.- Euro (8,00 €/Monat)

Jahresbeitrag *Familienmitgliedschaft* (FM): \_\_\_\_\_ 138.- Euro (HM zzgl. 3,50 €/Monat)

Jahresbeitrag *Fördermitglied* (FöM): \_\_\_\_\_ 12.- Euro (1,00 €/Monat)

1. Das Mitglied (HM/FM/FöM) ist mit dem **SEPA Lastschriftverfahren** einverstanden. Bitte das unterschriebene **Formular mit ausfüllen und abgeben**.
2. **Das Mitglied ist verpflichtet, die der Satzung entsprechende Anzahl von Arbeitsstunden zu leisten, (zur Zeit 6 Stunden) oder die Gebühr dafür zu entrichten (für jede nicht geleistete Stunde werden zur Zeit 15,- Euro Gebühr erhoben).**
3. Die jeweils gültige Satzung wird anerkannt.
4. **Das Mitglied erbringt eigenständig Nachweise über den Impfschutz sowie die Versicherung des Hundes.**
5. Die Teilnahme an den Vereinsaktivitäten erfolgt auf eigene Gefahr.  
Jede/r Hundehalter/in haftet für die von seinem/ihrem Hund verursachten Schäden.

### *Aktives Mitglied*

HM Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort, PLZ: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil. Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hundename(n): \_\_\_\_\_ Hunderasse(n): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum(daten): \_\_\_\_\_ Datum der letzten Impfung(en): \_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft und Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

aktuelle Gruppe/n: \_\_\_\_\_

### *Familienmitgliedschaft für*

FM1 Name, Vorname: \_\_\_\_\_ FM2 Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

FM3 Name, Vorname: \_\_\_\_\_ FM4 Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

FM5 Name, Vorname: \_\_\_\_\_ FM6 Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### *Fördermitglied*

FöM Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort, PLZ: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil. Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hiermit erkenne ich die oben genannten Aufnahmebedingungen an.**

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift/ Ort/ Datum**

