Hundefreunde Hildesheim e.V.

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. Dasselbe gilt für die Familienmitgliedschaft.

Mitgliedsart (bitten ankreuzen):

- ☐ Jahresbeitrag *aktives Mitglied* (HM): 96.- Euro/Jahr
- ☐ Jahresbeitrag *Familienmitgliedschaft* (FM): 138.- Euro/Jahr
- ☐ Jahresbeitrag *passives Mitglied* (PM): 12.- Euro/Jahr

1. Das Mitglied (HM/FM/PM) ist mit dem **SEPA-Lastschriftverfahren** einverstanden. Bitte das unterschriebene **Formular mit ausfüllen und abgeben**.
2. Das Mitglied verpflichtet sich, die der Beitrags- und Arbeitsstundenordnung entsprechende Anzahl von Arbeitsstunden zu leisten (derzeit 6 Std.), oder die Gebühr dafür zu entrichten (15,- Euro je nicht geleisteter Arbeitsstunde)
3. **Das Mitglied erbringt Nachweise über den Tollwut Impfschutz und die Versicherung des Hundes. Diese sind einem Übungsleiter oder dem Vorstand nachzuweisen und die Kontrolle ist von diesem auf dem Antrag zu vermerken (siehe unten auf dem Antrag).**
4. Der Impf- und Versicherungsschutz ist während der Mitgliedschaft durchgehend zu gewährleisten.
5. Die Teilnahme an den Vereinsaktivitäten erfolgt auf eigene Gefahr.
6. Jede/r Hundehalter/in haftet für die von seinem/ihrem Hund verursachten Schäden.

Aktives/Passives Mitglied (HM/PM)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefonnummer: _____
Mobilnummer: _____
E-Mail: _____

Folgende Angaben nur bei aktiven Mitgliedern

Hundename: _____
Hunderasse: _____
Geburtsdatum: _____
Datum ltz. Impfung: _____
Versicherung: _____
Aktuelle Gruppe: _____

Familienmitglieder (FM)

FM1 Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
FM2 Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
FM3 Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
FM4 Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
FM5 Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Hiermit erkenne ich die oben genannten Aufnahmebedingungen und die aktuelle Satzung an.
Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

_____
Ort / Datum / Unterschrift

Impfausweis/Versicherung wurde vorgelegt: _____