

Verband Deutscher Highland Cattle Züchter und Halter e.V.

VDHC e.V.

Antje Pommer
Zum Hochwald 11, 98724 Neuhaus /Rwg.



info@highland.de

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im **Verband Deutscher Highland Cattle Züchter und Halter e.V. (VDHC)** als:

- ☐ Einzelmitglied 80,00 €/Jahr, zzgl. 2,50 € pro Mutterkuh
☐ Zuchtgemeinschaft (Bei Zuchtgemeinschaften bitte hier den Hauptkontakt angeben!) 80,00 €/Jahr, zzgl. 2,50 € pro Mutterkuh
☐ Familienmitglied (nur in Zusammenhang mit o.g. Mitgliedschaften möglich) 35,00 €/Jahr, zzgl. 2,50 € pro Mutterkuh

Vorname: *		Nachname: *	
Straße: *		Ort: *	
Postleitzahl: *		Herdenname:	
Bundesland: *		Email:	
Geb.-Datum: *		Homepage:	
Telefon:		Direktvermarkter:	JA/NEIN :
Mobil:		Biobetrieb + Art:	JA/NEIN :

Einverständniserklärung *

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der VDHC meine persönlichen Daten veröffentlicht:

Mitgliederliste auf der VDHC-Homepage	JA / NEIN	(unzutreffendes bitte streichen)
Liste der Direktvermarkter auf der VDHC-Homepage	JA / NEIN	(unzutreffendes bitte streichen)
Highland-Cattle Journal	JA / NEIN	(unzutreffendes bitte streichen)

Bankverbindung mit SEPA-Lastschriftmandat *

Hiermit ermächtige ich den VDHC (Gläubiger-Identifikationsnummer DE21ZZZ00000048576) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Die SEPA-Mandatsreferenz ist die VDHC-Mitgliedsnummer. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VDHC gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN-Nr.: *	
BIC-Nr.: *	

Angaben zur Herde

In meiner/unserer Herde befinden sich zur Zeit:

Mutterkühe: *		Färsen (1-3 Jahre):	
Zuchtbullen		Mastbullen / Ochsen:	

Hiermit räume ich dem VDHC das Recht ein, unsere personenbezogenen Daten sorgfältig und zweckgebunden im Sinne der Datenschutzerklärung (www.highland.de/impressum/datenschutz/) zu verwenden.

Diese Mitgliedschaft beantrage ich auf Empfehlung von _____.

Ort, Datum

Unterschrift

Die mit * gekennzeichneten Felder bitte unbedingt ausfüllen.