



IMKERVEREIN FÜRTH UND UMGEBUNG E.V.

1. Vorsitzender: Wolfgang Schmidt
Neudorf 30
90599 Dietenhofen
Tel. 0177 790 96 47

2. Vorsitzender: Stefan Klein
Badstr. 14
90762 Fürth
Tel. 0911 38443763

Beitrittserklärung zum: _____

Bitte in Druckbuchstaben deutlich lesbar ausfüllen (Datum)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz – Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ E.-Mail: _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Imkerverein Fürth und Umgebung e.V. Die Satzung des Imkervereins Fürth und Umgebung e.V. erkenne ich an und habe insbesondere die Ausführungen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen. Meine Bienenhaltung zeige ich meiner Stadt bzw. meinem zuständigem Veterinär / Landratsamt an.

Ich bin Anfänger: Ja / Nein, ich besitze: _____ Völker

Mein Bienenstand befindet sich in _____

Mitgliedschaft und Jahresbeiträge gemäß Beitragsordnung (bitte ankreuzen):

Imker/innen mit BIV-Anmeldung und -Nachrichten *)..... 43,- €

Familien mit BIV-Anmeldung und -Nachrichten *) **)..... 55,- €

(Familienmitglieder mit Namen und Geburtsdatum auf der Rückseite angeben)

Fördermitglieder 15,- €

*) BIV = Bayerische Imkervereinigung (Dachverband), für Imker/innen im BIV besteht eine Vereinshaftpflichtversicherung. Erfolgt der Beitritt vor dem 1.7. eines Jahres ist der volle Jahresbeitrag fällig, danach der halbe Jahresbeitrag für das Beitrittsjahr.

**) Aus versicherungstechnischen Gründen kann bei Familienmitgliedschaften nur eine Person als Bienenhalter/in eingetragen werden. Sind in einer Familie mehrere Personen Bienenhalter, können für diese nur Einzelmitgliedschaften als ‚Imker/innen mit BIV-Anmeldung und Nachrichten‘ eingetragen werden.

Lastschrift-Mandat (Einzugsermächtigung): Mandat-ID _____ (wird vom Verein ausgefüllt)

Ich ermächtige den Imkerverein Fürth u.U., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Imkerverein Fürth u.U. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____ BIC: _____

Sind IBAN und BIC nicht bekannt, bitte Kontonummer und Bankleitzahl angeben:

Konto: _____ BLZ: _____

Bank: _____

Für das Lastschrift-Mandat : Datum _____ Unterschrift _____

Fürth, den _____ Unterschrift _____