|  |  |
| --- | --- |
| Bund Deutscher Forstleute NRW  Landesgeschäftsstelle  Markstrasse 2  58809 Neuenrade | Rückfragen unter:  Telefon: 02394-286631  Telefax: 02394-286632  E-Mail: kontakt@bdf-nrw.de |

**Mitgliedserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Bund Deutscher Forstleute, Landesverband Nordrhein-Westfalen, im Deutschen Beamtenbund (DBB Beamtenbund und Tarifunion). Ich bin bereit, meinen Mitgliedsbeitrag entsprechend dem jeweils geltenden Beitragsschlüssel zu bezahlen. Ich bin einverstanden, dass meine Daten in einer Datenbank für Vereinszwecke gespeichert werden und erkenne die jeweils gültige Satzung an. Im Mitgliedsbeitrag ist der Bezug der Zeitschrift „BDF AKTUELL“ enthalten.  
**Bei Änderungen meiner Besoldungsstufe / Eingruppierung werde ich die Geschäftsstelle zeitnah informieren**

**Angaben für die Mitgliederdatei**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| PLZ, Wohnort |  | Strasse und Nr. |  |
| Geburtsdatum |  | Telefon |  |
| Beitrittsdatum |  | Email |  |
| Bezirksgruppe |  | Besoldungsstufe /  Eingruppierung |  |
| Dienstherr |  | Tätigkeit |  |
| Dienstverhältnis |  | für die Gruppen I+II:  in Ausbildung bis |  |
|  |  | Beitrag im Monat | EUR |

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats   
für wiederkehrende Zahlungen**

*Zahlungsempfänger*: Bund Deutscher Forstleute, Landesverband Nordrhein-Westfalen, Markstrasse 2, 58809 Neuenrade,   
(kurz: BDF NRW), Gläubiger-Identifikationsnummer DE38ZZZ0000068621   
Mandatsreferenz für alle Zahlungen ist die Mitgliedsnummer

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger BDF NRW widerruflich die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseren Kontos einzuziehen.

**SEPA Lastschriftmandat**:

Ich ermächtige/wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger BDF NRW Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger BDF NRW 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*Zahlungspflichtiger*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| PLZ, Wohnort |  | Strasse und Nr. |  |
| IBAN |  | BIC |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift |