Bitte ausfüllen, unterschreiben und einsenden an: /
please fill out, sign and mail to:

Antrag auf Mitgliedschaft
Membership Application

Briard Club Deutschland e.V.
Mitgliederverwaltung
Karin-Helene Steinhauer
Lindenstr. 8
54311 Trierweiler

gültig ab / effective from 01.01.2027

Ich beantrage die Mitgliedschaft im / *I apply for membership in* Briard Club Deutschland e.V. :
(Fälligkeit März eines jeden Jahres / due in March of each year) Jahresbeitrag / *annual fee*

☐	Vollmitglied inklusive Briard Revue / full member inclusive Briard Revue	Euro 75,00
☐	Familienmitglied * (ohne Briard Revue) / family member * (without Briard Revue)	Euro 35,00
☐	Schüler/Student (mit Bescheinigung/bis 26 Jahre) / student (with proof/up to age 26)	Euro 30,00
☒	einmalige Aufnahmegebühr / additional: non-recurring admission fee	Euro 25,00
☐	Abonnement „Unser Rassehund“ (VDH-Magazin) digital via VDH-Website, Weitergabe Ihrer Emailadresse an den VDH erforderlich! *forward of your email address to VHD necessary!*	Euro 25,00

Vorname / *First Name* _____

Name / *Last Name* _____

Straße / *Street* _____

PLZ/Ort / *Postal Code/City* _____

Bundesland/Land / Country _____

Telefon _____ Geburtsdatum / *Date of Birth* _____

e-Mail _____

* Familienmitglied von / * *family member of* _____

Name des Hundes / *Name of Dog* _____

Züchter des Hundes / *breeder of dog* _____

Die Satzung und Ordnungen des BCD und des VDH werden mit der Aufnahme als Mitglied anerkannt. Ich versichere ausdrücklich, dass ich vom VDH oder einem ihm angehörenden Rassehunde-Zuchtverein nicht ausgeschlossen bin und dass ich kein Mitglied eines Hundevereins bin, der vom VDH oder der FCI nicht anerkannt ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass falsche Angaben zum sofortigen Ausschluß aus dem BCD führen können.
Ich bestätige, die Datenschutzordnung des BCD anzuerkennen (siehe http://briardclub.de/Datenschutz.pdf).

☐ Ich bin einverstanden, per e-Mail über wichtige Neuigkeiten informiert zu werden.

With my memberschip I accept the constitution and by-laws of the BCD and guarantee not to be member in a club which is not acknowledged by the FCI. I note that any false statements can lead to an immediate exclusion from the BCD.
I confirm that I accept the privacy policy of the BCD (see http://briardclub.de/Datenschutz.pdf).

☐ I agree to receive important news via e-Mail.

_____ _____
Datum / Ort Unterschrift

Bitte füllen Sie ebenfalls umseitiges SEPA-Lastschriftmandat aus. Einen Antrag auf Mitgliedschaft ohne diese Einzugsermächtigung können wir nicht annehmen. (Dies gilt für alle Länder mit Euro-Währung. Mitglieder im Ausland mit anderer Währung zahlen per Überweisung nach Rechnungserhalt.) / Please fill out the SEPA Direct Debit Mandate on the next page as well (Required for members in the Euro-zone. Members outside the Euro-zone will receive an invoice)

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Briard Club Deutschland e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Lindenstr. 8

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
D-54311 Trierweiler

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE90ZZZ00000768238

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☒ **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** ☐ **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

000000000
Deutscher Sparkassenverlag
Urheberrechtlich geschützt