

# Deutsche Cichliden-Gesellschaft e.V.

## Umzugs-/Änderungsmeldung



Bitte das Formular ausfüllen und rechtzeitig, möglichst noch vor dem Wohnungswechsel, bzw. unmittelbar nach Änderung der Kontaktdaten an die nachstehende Adresse senden.

**An die  
DCG Geschäftsführung  
Klaus Schmitz  
Siedlerweg 17a  
D 32832 Augustdorf**

Ich bin bei der DCG registriert als:	
DCG-Mitglieds-Nr.:	
Anrede:	
Vorname:	
Name:	
Geburtsdatum:	. .

Die mit „X“ gekennzeichneten Felder bitte unterschreiben!

### Meine alte Anschrift:

Straße, Haus-Nr.:		LKZ, PLZ, Wohnort:	
-------------------	--	--------------------	--

### Meine neue Anschrift, bzw. meine neuen Kontaktdaten: Bitte nur ausfüllen und ankreuzen, was sich geändert hat.

Neue Anrede	<input type="checkbox"/>		Titel	<input type="checkbox"/>	
Neuer Vorname:	<input type="checkbox"/>				
Neuer Fam.-Name:	<input type="checkbox"/>		Geburtsname:	<input type="checkbox"/>	
Straße, Haus-Nr.:	<input type="checkbox"/>		LKZ, PLZ, Wohnort:	<input type="checkbox"/>	
Familienstand:	<input type="checkbox"/>		Land:	<input type="checkbox"/>	
Telefon-Nr.:	<input type="checkbox"/>		Handy-Nr.:	<input type="checkbox"/>	
E-Mail-Adresse:	<input type="checkbox"/>		Beruf:	<input type="checkbox"/>	

Ich besitze einen Gewerbeschein, der die Aquaristik betrifft: ja  nein  (bitte ankreuzen!)

### Nur bei Minderjährigen: Name des / der Erziehungsberechtigten

Anrede:	<input type="checkbox"/>			
Vorname (n):	<input type="checkbox"/>		Name:	<input type="checkbox"/>

, den . . . Ort und Datum	.....X Unterschrift	.....X Unterschrift des Erziehungsberechtigten
------------------------------	------------------------	---

### Neue Kontodaten:

Beiträge und sonstige vom Verein zu erhebende Gebühren sollen vom umseitig genannten Konto abgebucht werden.



## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

### Zahlungsempfänger:

Name:	Deutsche Cichliden-Gesellschaft e.V.
Straße, Haus-Nr.:	Siedlerweg 17a
PLZ, Wohnort:	D 32832 Augustdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE 49 ZZZ 000000 17420

### Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

(Als Mandatsreferenz werden die letzten 4 Stellen Ihrer DCG-Mitglieds-Nr. verwendet.)

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) die Deutsche Cichliden-Gesellschaft e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Cichliden-Gesellschaft e.V. 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.

### Zahlungsart:

<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
--	--

### Daten des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anrede:		Name der Bank:	
Vorname (n):		Ort der Bank:	
Name:		IBAN:	
Straße, Haus-Nr.:		BIC:	
LKZ, PLZ, Wohnort:			

, den . . .  
Ort und Datum

.....**X**  
Unterschrift (en) des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)