

**Bitte ausfüllen und zurücksenden an:**

Vereinigung der Hessischen Direktvermarkter e.V.  
Geschäftsstelle  
Darmstädter Str. 80  
64385 Reichelsheim



**Antrag auf Mitgliedschaft**

- Hiermit beantrage(n) ich (wir) den Beitritt einer **Einzelmitgliedschaft** in der Vereinigung der hessischen Direktvermarkter e.V. (VHD) (Zutreffendes bitte ankreuzen)
  
- Hiermit beantrage(n) ich (wir) den Beitritt zu einer Regionalgruppe der Vereinigung der Hessischen Direktvermarkter e.V. (VHD) (Bitte zutreffende Regionalgruppe ankreuzen)
  - Rhön-Vogelsberg                       **Frankenberg**                       **Wetterau**
  - Marburg-Biedenkopf**                       **Odenwald**

**Adresse:**

Firma/Vereinigung \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel/Fax \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Des Weiteren bestätige(n) ich (wir), dass ich (wir) Landwirt(e) im Sinne des §1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) bin (sind). Durch meine Unterschrift erkenne(n) ich (wir) die Satzung als für mich (uns) verbindlich an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

**Anerkennung durch die Vereinigung der Hessischen Direktvermarkter e.V.**

Der landwirtschaftliche Betrieb wird als Einzelmitglied in der Vereinigung der Hessischen Direktvermarkter e.V. aufgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift VHD

**Anerkennung durch die Regionalgruppe**

Der landwirtschaftliche Betrieb wird als Mitglied zum \_\_\_\_\_ (Datum bitte eintragen) in der Regionalgruppe \_\_\_\_\_ (Name der Regionalgruppe bitte eintragen) aufgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Regionalgruppe

- Ich erteile hiermit die **Bankeinzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag als Einzelmitglied** durch die Geschäftsstelle. Einzelmitglieder zahlen jährlich € 52,00.
- Ich erteile hiermit die **Bankeinzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag der Regionalgruppe**. Im Jahresbeitrag der Regionalgruppe sind 26€ Mitgliedsbeitrag für die VHD enthalten.  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Bank** \_\_\_\_\_

**IBAN.** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

**Stempel** \_\_\_\_\_

**Unterschrift**

Ich ermächtige die VHD e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VHD e.V. 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. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

**Die Kündigungsfrist für Einzelmitglieder beträgt laut Satzung 6 Monaten bis zum Jahresende.**

**Die Kündigungsfrist für die Regionalgruppe ist separat bei dieser zu erfragen.**

**Die Kündigung muss in schriftlicher Form erfolgen, eine Erstattung der geleisteten Mitgliedsbeiträge erfolgt nicht.**