

# Verband der Züchter und Freunde des Arabischen Pferdes e. V.

Im Kanaleck 10 \* 30926 Seelze OT Lohnde \* Tel.: 05137-93820-0 \* Fax: 05137-93820-10

www.vzap.org \*e-mail: info@vzap.org

## Beitritterklärung für Schnuppermitgliedschaft 2025/26 anlässlich der VZAP-Zuchtchampionate

1. Ich/Wir erkläre/n den Beitritt als Einzelmitglied/Mitglied einer Zuchtgemeinschaft/  
Mitglied einer GbR in den Verband der Züchter und Freunde des Arabischen Pferdes  
e. V. und erkenne/n damit die Satzung und weitere Verbandsbeschlüsse an.
2. Ich/Wir bin/sind Züchter gem. A.3.1 der Satzung und zwar in der Abteilung:  
 Arabisches Vollblut (AV)  
 Araber und Shagya-Araber (A und SHA)  
 Anglo-Araber (AA)  
 Arabisches Partbred (Typ Spezialpferd) (APB)  
 Deutsches Edelblutpferd (ex APB Typ Deutsches Reitpferd) (DE)  
 Quarab Horse (QA)  
oder  Ich/Wir erkläre/n den Beitritt als fördernde/s Mitglied/er gem. A.3.2 der Satzung.

3. Die in meinem/unserem Besitz befindlichen Pferde sind umseitig aufgeführt.

4. Persönliche Angaben: (bei Zuchtgemeinschaften oder GbR bitte die Daten aller Mitglieder angeben)

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_  
(des Wohnortes)

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Gestütsname: \_\_\_\_\_

Registriernummer/Betriebsnummer (12-stellig): \_\_\_\_\_

**Für Mitgliedschaften von Gesellschaften bürgerlichen Rechts und Zuchtgemeinschaften muss dem Verband eine alleinvertretungsberechtigte Person benannt werden. Sofern es sich hier um eine Mitgliedschaft dieser Rechtsform handelt, wird folgende alleinvertretungsberechtigte Person benannt.**

Alleinvertretungsberechtigt: Name, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Geburtsdatum

5.  Ich/Wir erkläre/n mein/unser Einverständnis mit der Satzung und den Zuchtprogrammen des VZAP und mit den darin den Vereinsmitgliedern auferlegten Pflichten.  
Ich/Wir bin/sind insbesondere einverstanden mit der  
- Veröffentlichung zuchtrelevanter Daten aller von mir/uns gezüchteten oder in meinem/unseren Besitz stehenden Pferde,  
- Übermittlung meiner/unserer gemäß Punkt A.8. der Satzung im Zuchtbuch eingetragenen Daten an andere Vereinsmitglieder (z.B. Zuchtbuch online) und an Dachverbände (z.B. Zusammenarbeit mit der FN),  
- Veröffentlichung meiner/unserer gemäß Punkt A.8. der Satzung im Zuchtbuch eingetragenen Daten im jährlichen Hengstverteilungsplan des VZAP.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Pferdebestand (nur die beim VZAP registrierten bzw. eingetragenen Pferde)

Name	Rasse	Geb.Dat.	Geschlecht	Vater	Mutter

Standort d. Pferde: \_\_\_\_\_

Registriernummer des Tierhalters: \_\_\_\_\_  
(wenn abweichend vom Mitglied)

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat**

Verband der Züchter und Freunde des Arabischen Pferdes e.V. (VZAP)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE03ZZZ00000440586

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
bei (genaue Beschreibung des kontoführenden Kreditinstitutes)

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den VZAP (Verband der Züchter und Freunde des Arabischen Pferdes e.V.) Zahlungen von meinem (unserem) o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom VZAP (Verband der Züchter und Freunde des Arabischen Pferdes auf mein (unser) o.g. 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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Kontoinhaber/s