



Reiterverein Stift Fischbeck e. V.
Eingetragen im Vereinsregister
Amtsgericht Hannover
Kerstin Zimmer, 1. Vorsitzende
Kranichfeld 12 · Tel. 05152/529310
31840 Hess. Oldendorf

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Ich möchte mich dem Reiterverein Stift Fischbeck e. V. anschließen.

Mein Beitritt gilt ab dem Monat: _____ **Jahr:** _____

Jahresbeitrag:

- Erwachsene: 80,00 €
- Jugendliche: 50,00 €
- Familie: 140,00 €

Bei Familienbeitrag bitte die Familienmitglieder mit Namen und Geburtsdatum vermerken:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bei Angabe der Emailadresse erfolgt die Einladung zur Jahreshauptversammlung umweltfreundlich per elektronischer Post.

Die Vereinsatzung (zu finden auf www.reiterverein-stift-fischbeck.de) erkenne ich hiermit an.

Die Mitgliedsbeiträge leiste ich durch Bankeinzug (siehe SEPA-Formular).

Hess. Oldendorf, den _____ Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Reiterverein Stift Fischbeck e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Im Stift 16

Postleitzahl und Ort:

31840 Hessisch Oldendorf

Land:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE52ZZZ00000338921

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Reiterverein Stift Fischbeck e. V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Reiterverein Stift Fischbeck 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:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****Land:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):****BIC (8 oder 11 Stellen):****Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ)****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**