



**Reiterverein Stift Fischbeck e. V.**  
Eingetragen im Vereinsregister  
Amtsgericht Hannover  
Rüdiger Stelzer, 1. Vorsitzender  
Tel. 0173/2821276  
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 Vereinssatzung (zu finden auf [www.reiterverein-stift-fischbeck.de](http://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):**