

Aufnahmeantrag für den Reit- und Fahrverein Darmstadt-Arheilgen e.V.

Name	Vorname	Geburtstag	<input type="checkbox"/> weiblich
			<input type="checkbox"/> männlich
Straße und Hausnummer	PLZ	Ort	<input type="checkbox"/> divers
Telefon	Mobil	E-Mail	

Art der gewünschten Mitgliedschaft:

 Aktiv* Passiv

*Aktive Mitglieder sind Sporttreibende oder Einsteller und müssen im Kalenderjahr Arbeitsstunden leisten. Erwachsene: 15 Stunden; Jugendliche zwischen 16 und 18 Jahren: 12 Arbeitsstunden. Wird diese Mindestzahl nicht erfüllt, ist eine Gebühr von 15€ bzw. 12€ pro nicht geleisteter Arbeitsstunde zu entrichten.

Anlagennutzung (aktive Mitgliedschaft):

 Pferdebesitzer (Einsteller) Pferdebesitzer (Außerhalb) Reitbeteiligung Bambini Schulpferdereiter Voltigierer

Höhe des Mitgliedsbeitrages seit 2015:

 Erwachsene: 140,00€ Kinder/Jugendliche: 85,00€
(bis 18 Jahre) Erwachsene in Ausbildung: 85,00€
(bis 27 Jahre; jährliche Nachweispflicht)

Familienbeitrag:

Familienmitglied, welches bereits Mitglied ist (Partner, Eltern, Geschwister):
_____ Partner: 95,00€ 1. Kinderermäßigung: 58,00€ 2. Kinderermäßigung: 46,00€

Zahlungsweise:

Der Mitgliedsbeitrag ist am 01.01. eines jeden Jahres bzw. dem darauf folgenden Werktag fällig. Bei unterjährigem Vereinseintritt bei Beitritt.

Ich zahle:

 per SEPA-Lastschrift-Mandat
(bitte sep. Formular ausfüllen) per Überweisung

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein und bitte um Bestätigung:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Reit- und Fahrverein Darmstadt-Arheilgen e.V.
Steinstraße 41
64291 Darmstadt



Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE06ZZZ00001023114

Mandatsreferenz (wird vergeben):

Zahlungsart: SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Reit- und Fahrverein Darmstadt Arheilgen e.V. die **jährliche Zahlung des Mitgliedsbeitrages** für _____ (Name des Mitglieds) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Reit- und Fahrverein Darmstadt-Arheilgen 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.

Vorname und Name Kontoinhaber : _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Kreditinstitut: _____

Konto Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Kontoinhabers : _____