Reitclub Kalenborner Höhe e.V.
Frau Conny Schmitz
Barbarastraße 9
53501 Grafschaft
Tel.: 02641/20 23 86
Fax.:02641/20 20 84
Email: info@reitanlage-hegehof.de

Reitclub Kalenborner Höhe e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft im Reitclub Kalenborner Höhe e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Reitclub Kalenborner Höhe e.V. und verpflichte mich zur Zahlung des jeweiligen Mitgliedsbeitrages

ab (Datum):_____ Der Eintritt erfolgt halbjährlich-(Eintritt Jan.-Juni 1/1 Beitrag: Juli-Dez. 1/2 Beitrag) Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Jahresende unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen möglich.

		Jahresbeitrag	
O	Erwachsene	**€ 50,-**	
O	Ehepartner	**€ 25,-**	
O	Jugendliche bis 18 Jahre	**€ 30.-**	
O	Studenten/Schüler/Auszubildende	**€ 40,-**	voraussichtliches Ausbildungsende: _____
O	Familie 3 Personen	**€ 95,-**	jede weitere Person **€ 25,-**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Vor- und Zuname:_____

Straße:_____

PLZ/Wohnort:_____

Geburtsdatum (bei Familienbeitrag von allen Mitgliedern):_____

Telefon:_____E-Mail:_____

O Erklärung: Ich möchte Einladungen zur Mitgliederversammlung **ausschließlich** per Email erhalten. Falls Email ausgewählt wurde, ist die Angabe einer Email Adresse zwingend, ansonsten erfolgt die Einladung per Post

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds / bei Minderjährigen ges. Vertreter

---

SEPA-Lastschriftmandat/ Gläubiger Identifikationsnummer DE23ZZZ00001142700

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)
Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Reitclub Kalenborner Höhe e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Reitclub Kalenborner Höhe 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 und die Bedingungen für Zahlungen mittels Lastschrift im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):_____

Straße mit Hausnr., PLZ und Ort des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

_____

Konto des Zahlungspflichtigen IBAN:_____

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen BIC:_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)