

**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): \_\_\_\_\_ (Eintritt Jan.-Juni 1/1 Beitrag: Eintritt Juli-Dez. 1/2 Beitrag)  
Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Jahresende unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen möglich.

		Jahresbeitrag	
<input type="radio"/>	Erwachsene	€ 72,-	
<input type="radio"/>	Ehepartner	€ 36,-	
<input type="radio"/>	Jugendliche bis 18 Jahre	€ 48,-	
<input type="radio"/>	Studenten/Schüler/Auszubildende	€ 60,-	voraussichtliches Ausbildungsende: _____
<input type="radio"/>	Familie	€ 130,-	

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: DE\_ \_ \_ \_ \_

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)