



Reit- und Fahrverein Vierlanden von 1924 e.V.

Nicola Timmann - Neuengammer Hausdeich 121 - 21039 Hamburg - Tel.: 040-72370500

Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme in den Reit- und Fahrverein Vierlanden von 1924 e. V.

Name: Vorname:
Straße: PLZ, Ort:
Geb.-Datum: Telefon:
Mail: Mobil:
Mein Pferd steht / Ich reite/voltigiere bei:

.....
Datum **Unterschrift Antragsteller/in** **Unterschrift Erziehungsberechtigte/r**

Mitgliedsbeiträge: bitte zutreffenden ankreuzen

Mitgliedsbeitrag jährlich	Junioren bis einschl. 18 J.		Erwachsene	
Passives Mitglied			20,00 €	
Reiter/Fahrer/Voltigierer	25,00 €		50,00 €	

Voltigierer kreuzen bitte zusätzlich an:

Monatsbeitrag	Normal (1 x wöchtl. Training)		Turniergr. (2 x wöchtl. Training)	
Voltigiergruppen	35,00 €		50,00 €	

Geschwisterkinder erhalten 5,00 € Rabatt auf den Monatsbeitrag.

Geschwisterkind von:

Arbeitsdienstpauschale:

Jährlich 80,00 € oder 8 geleistete Arbeitsstunden für alle aktiven im Alter von 16 - 60 Jahren. Im Eintrittsjahr gilt folgende Regelung: Bei einem Eintritt bis zum 30.06. eines Jahres sind 8 Arbeitsstunden (oder 80€) zu leisten, ab 01.07. sind 4 Arbeitsstunden (oder 40 €) zu leisten.

- 1.) Der Jahresbeitrag wird am Anfang eines Jahres fällig, die Abbuchung erfolgt am 01.03. oder am folgenden Werktag.
- 2.) Der monatliche Voltigierbeitrag wird 1/4 jährlich abgebucht. (15.02., 15.05., 15.08., 15.11. oder am folgenden Werktag).
- 3.) Die Arbeitsdienstpauschale wird zum Ende eines Jahres fällig. Die Abbuchung erfolgt am 15.12. oder am folgenden Werktag.
- 4.) Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende und hat schriftlich zu erfolgen. Der Austritt nur aus den Voltigiergruppen kann, ebenfalls schriftlich, mit einmonatiger Kündigungsfrist zum Ende eines Quartals erfolgen.
- 5.) Die Vereinssatzung kann beim Vorstand oder im Internet unter www.reitverein-vierlanden.de eingesehen werden.

Lastschrift Mandat:

Zahlungsempfänger:

Reit- u. Fahrverein Vierlanden v. 1924 e.V., Neuengammer Hausdeich 121, 21039 Hamburg
Gläubiger ID: DE94ZZZ00000345246. Die Mandats ID entspricht der Mitgliedsnummer.

Auftraggeber:

Name: Vorname:

Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut:

IBAN:

Hinweis: Ich/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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber