

Kassenwart:
Helga Brink
35423 Lich-Langsdorf, Aherweg 1
Tel.: 0151 59829503
h.brink1@gmx.de



Anschrift:
Melanie Peetz
35423 Lich - Langsdorf
Am Steinernen Kreuz 2
06404 205540

Anmeldung

Bitte, unbedingt alle Felder ausfüllen!!

Hiermit beantrage ich: _____ Geb.-Dat.: _____

bei Jugendliche unter 18 Jahren

für mein/e Sohn/Tochter: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

die Mitgliedschaft als:

- a: aktives Mitglied mit _____ Pferd/en,
Name / Rasse Geb.- Dat. der Pferde _____
- b: passives Mitglied
- c: Kind unter 18.Lebensjahr eines Mitgliedes (Beitragsfrei bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres)
- d: zeitlich begrenzte Mitgliedschaft von: _____ bis _____

zu folgende Beiträgen:

- zu a : Mitgliedsbeitrag pro Jahr 25,00 €, Benutzungsgebühr des Sportgeländes je Pferd pro Jahr 18,00 €
Anmeldegebühr für alle Pferde eines Besitzers einmalig 260,00 €
- zu b: Mitgliedsbeitrag pro Jahr 25,00 €
- zu c: Beitragsfrei bis zum 18. Lebensjahres, danach muss eine eigene Mitgliedschaft begründet werden.
- zu d: Mitgliedsbeitrag je Monat 15,00 €. Dieser Beitrag ist jährlich im Voraus zu entrichten.

Ich bin damit einverstanden, dass obenstehende Angaben für vereinsinterne Zwecke der Pferdefreunde „Gäulsleut“ Langsdorf e.V. in einer elektronischen Datenverarbeitung gespeichert und bearbeitet werden. Eine darüber hinausgehende Weitergabe der Daten findet nicht statt. Ich/wir verpflichten uns die Satzung und alle weitergehenden Beschlüsse einzuhalten und danach zu handeln

Datum / Ort

Unterschrift

Einzugsermächtigung für Mitgliedsbeitrag und sonstige Vereinskosten

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein „Pferdefreunde Gäulsleut Langsdorf e.V.“, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Jahresbeitrag wird immer im Monat März des Jahres eingezogen! Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von den Pferdefreunde „Gäulsleut“ Langsdorf 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.

IBAN: _____ Bankinstitut: _____

Datum / Ort

Unterschrift Kontoinhaber

Name des Kontoinhabers