

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



Mitgliedsantrag

Name _____ Geb.-Dat.: _____

für meine/n Tochter/Sohn: _____ Geb.-Dat.: _____

bei Kind/ern unter 18 Jahren

Kind/er unter 18. Lebensjahr eines Mitgliedes sind Beitragsfrei bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres. Ab dem folgenden Kalenderjahr muss eine eigene Mitgliedschaft begründet werden.

Anschrift: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name / Rasse Geburtsdatum des/der Pferde _____

Haftpflichtversicherung bei _____ Versicherungsnummer _____

- Mitglied mit eigenen/m _____ Pferd/en,
Aufnahmegebühr für alle Pferde eines Besitzers einmalig 260,00 €
Mitgliedsbeitrag jährlich 25,00 €, Benutzungsgebühr des Sportgeländes je Pferd jährlich 18,00 €
- Mitglied ohne eigenes Pferd
Mitgliedsbeitrag jährlich 25,00 €
- Probemitgliedschaft für maximal 3 Monate; Mitgliedschaft ab: _____
Mitgliedsbeitrag je Monat 15,00 €. Der Betrag wird bei der Aufnahmegebühr angerechnet.

Austritt/Kündigung: Der Austritt aus dem Verein kann nur durch schriftliche Erklärung per Brief oder E-Mail gegenüber dem Kassenwart (h.brink@gmx.de) bis zum 30.11. zum Jahressende oder bei einer Probemitgliedschaft zum Ende des Monats erfolgen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Vereinszwecke per EDV 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

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein „Pferdefreunde Gäulsleut Langsdorf e.V.“, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Jahresbeitrag wird 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 innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____ Bankinstitut: _____

Datum / Ort

Unterschrift Kontoinhaber

Name des Kontoinhabers