

# Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Reit- und Fahrverein Röhrsdorf e. V. und verpflichte mich zur Zahlung des jeweils geltenden Mitgliedsbeitrages/der Aufnahmegebühr.

Die **Aufnahme erfolgt stillschweigend**, d.h. wenn innerhalb eines Monats nach Antragsabgabe keine schriftliche Ablehnung erfolgt. Laut Satzung erfolgt ein Aushang auf der Reitanlage.

Ich bin informiert über die **Pflicht 20 Arbeitsstunden pro Jahr zu leisten** (bei unterjährigem Eintritt entsprechend anteilig), bzw. bei Nichtableistung 10 € pro Stunde zu zahlen.\*

Für Informationen Veranstaltungen, Arbeitseinsätze usw. besteht **Holepflicht**. Die Informationen werden auf dem Reitplatz im Schaukasten ausgehängen.

Art der Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Aktiv (96 €) <input type="checkbox"/> Passiv (60 €) <input type="checkbox"/> Ermäßigt (72 € Schüler, Azubis/Studenten, SB)
zur Zeit in Höhe von EUR	jährlich
Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ und Wohnort	
Telefon (Festnetz/Mobil)	
Email-Adresse	
Beruf / Ausbildung	

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:	Reit- und Fahrverein Röhrsdorf e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers:	Reit- und Fahrverein Röhrsdorf e.V.
Straße und Hausnummer:	Goetheweg 28
Postleitzahl und Ort:	09247 Röhrsdorf
Land:	Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE67RFV00000132041

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

\*gilt für alle Mitglieder, welche zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres das 14. Lebensjahr vollendet haben

**Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtige ich den oben genannten Verein widerruflich die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge und Gebühren gemäß Gebührenordnung bei Fälligkeit, sowie im Aufnahmejahr die Aufnahmegebühr i. H. v. 30 €/ermäßigt 20 €, zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe 1. Seite), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe 1. Seite) 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.

Zahlungsart  
Zahlung

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort :	
BIC (8 oder 11 Stellen): (Internat. Bankidentifikation)	
IBAN des Zahlungspflichtigen: (Internat. Konto-Nr. max. 35 Stellen)	DE
(Verpflichtungsgrund, evtl. Beitragsbegrenzung)	
Ort: Datum (TT/MM/JJJJ):	

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht ausweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

**Mit Abgabe des Antrages erkenne ich die Satzung des RFV e.V. an.** Die jeweils aktuelle Version der Satzung ist zu finden im Internet unter: <http://www.reitverein-roehrsdorf.de/unser-verein/vereinssatzung/>

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

*Nur auszufüllen bei Minderjährigen (unter 18 Jahren):*

Ich stimme dem oben genannten Antrag meines Kindes zu.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift eines Elternteils)