



Reitverein Gut Burghof e.V.

Beitrittserklärung

Name:	Vorname:
Straße & Hausnummer:	Postleitzahl und Ort:
Telefon / Mobil:	Email-Adresse:
Geburtsdatum:	Beruf (optional)

Mitgliedsbeiträge pro Jahr:

<input type="checkbox"/>	Familientarif:	80,00 €
<input type="checkbox"/>	Jugendliche bis 18 Jahren, Schüler, Auszubildende und Studenten:	30,00 €
<input type="checkbox"/>	Aktive Vereinsmitglieder:	50,00 €
<input type="checkbox"/>	Inaktive Vereinsmitglieder	25,00 €
	Einmalige Aufnahmegebühr <i>pro Person</i>	30,00 €

Der Jahresmitgliedsbeitrag ist im Voraus zu zahlen und erfolgt über das SEPA-Lastschriftmandat. Die Aufnahmegebühr sowie der erste Jahresbeitrag werden unmittelbar nach dem Eintrittsdatum eingezogen. Hiermit erteile ich die Vollmacht, den jährlichen Beitrag am 1. Werktag im April des laufenden Jahres einzuziehen.*

Kontoinhaber:	
Kontonummer:	Bankleitzahl und Name des Bankinstituts:
BIC:	IBAN: DE
Unterschrift des Kontoinhabers	

Unterschrift Mitglied

Bei Mitgliedern unter 18 Jahren Unterschrift
des gesetzlichen Vertreters

*Etwaige anfallende Bankgebühren gehen zu Lasten des Zahlungspflichtigen.



Reitverein Gut Burghof e.V.

SEPA-Lastschrift-Mandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Creditor's Name & adress):
Reitverein Gut Burghof e.V., Hauptstr. 7 in 50859 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer (Creditor identifier): **DE79ZZZ00000045689**

MitgliedsNr.:

Zahlungsart (Type of payment): Wiederkehrende Zahlung / Jahresmitgliedsbeitrag (Recurrent payment)

Ich ermächtige, **Reitverein Gut Burghof e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **Reitverein Gut Burghof e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

(By signing this mandate form, you authorise **Reitverein Gut Burghof e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instruction from **Reitverein Gut Burghof e.V.**)

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.

(As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.)

Nachfolgend vermerken Sie bitte die Daten des Zahlungspflichtigen

Vorname und Name Kontoinhaber (Name of debtor)

Straße und Hausnummer (Street name and number)

Postleitzahl und Ort (Postal code and city)

Land (Country):

IBAN (Account number-IBAN)

BIC (Swift BIC):

Ort, Datum (Location, date)

Unterschrift (Signature)