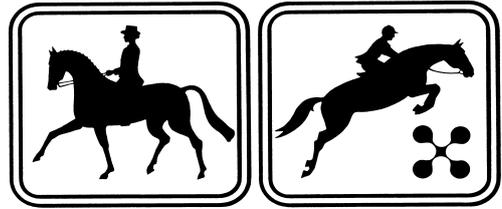


Reitverein Sittensen und Umgebung e.V.



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Reitverein Sittensen u. Umg. e.V. als Einzelperson / Familie

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geb.-daten: _____ **Telefon:** _____

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ende des Kalenderjahres durch Schriftform möglich.

Jahresmitgliedsbeiträge:

Familie	120,- €
Erwachsene ab 21. Lebensjahr	60,- €
Kinder u. Jugendliche	30,- €
Aufnahmegebühr für Familien u. Erwachsene	50,- €

Monatspreise für Reitunterricht

Kinder u. Jugendl. Ponyunterricht mit Vereinspony	45,- €
Kinder u. Jugendl. Ponyunterricht mit eigenem Pony	35,- €
Einsteiger-/ Longenunterricht ½ Stunde m. Vereinspony	60,- €
Erw. ab 21. Lebensjahr Unterricht m. Vereinspferd	50,- €
Erw. ab 21. Lebensjahr Unterricht m. eigenem Pferd	40,- €

Sittensen,

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift gesetzl. Ver-
treter bei Jugendlichen

Reitverein Sittensen u. Umg. e.V.

Bahnhofstr. 25
27419 Sittensen
Tel: 04282 / 93300

Volksbank im Elbe-Weser-Dreieck
BIC: GENODEF1BEV
IBAN: DE58 2926 5747 7411 4824 00
Kreissparkasse Sittensen
BIC: BRLADE21ROB
IBAN: DE83 2415 1235 0000 3049 56

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

---- Einmalige Zahlung

**Anschrift des
Kontoinhabers:** _____

IBAN (22 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Datum: Sittensen, den _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____
