

PFERDEFREUNDE MALSCH

REIT – UND FAHRCLUB e.V.



Aufnahmeantrag

Mit Wirkung vom _____ beantrage ich die Mitgliedschaft bei den Pferdefreunden Malsch e.V. Die Satzung des Vereins ist mir bekannt und wird von mir anerkannt.

Aktive Mitglieder über 18 Jahre sind verpflichtet, jährlich 20 Arbeitsstunden zu leisten.(12.50€/Std.)
Aktive Mitglieder über 14 Jahre sind verpflichtet, jährlich 15 Arbeitsstunden zu leisten.(3€/Std.)
Nicht abgeleistete Arbeitsstunden müssen finanziell abgegolten werden. (siehe Satzung/schwarzes Brett)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Beruf: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____

Bei Schülern/Studenten über 18 Jahren: bitte Schul- bzw. Studienbescheinigung beilegen (jährlich aktualisieren).

Gewünschter Mitgliedstatus: aktiv passiv Einsteller, Pferd: _____

Familienbeitrag: nein ja, Name Hauptmitglied: _____

Der Jahres-Mitgliedsbeitrag bzw. die Aufnahmegebühr beträgt:	Aufnahme- gebühr	Beitrag	
		aktiv	passiv
Erwachsene Mitglieder	25 €	78 €	39 €
Kinder und Jugendliche Mitglieder, Studenten, Azubis	15 €	39 €	19,50 €
Beitrag je eingestelltem Pferd / Anlagennutzungsgebühr (mtl. 78 €)	---	936 €	---
Familie: 1 x Erwachsene Mitglied	25 €	78 €	---
jedes weitere Erwachsene Mitglied	25 €	39 €	19,50 €
jedes weitere Jugendliche Mitglied, Studenten, Azubis	15 €	19,50 €	9,75 €

Datum

Unterschrift (bei Kindern/Jugendlichen der Erziehungsberechtigte)

Um den Verwaltungsaufwand in Grenzen zu halten, können wir die Beitrittserklärung nur annehmen, wenn Sie uns ein Lastschriftmandat für die Beiträge und nicht geleistete Arbeitsstunden erteilen.

Ich ermächtige die Pferdefreunde Malsch Reit- und Fahrclub e. V. – widerruflich – Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Abbuchungen sind auch ohne vorherige Ankündigung zulässig. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Pferdefreunden Malsch e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) wird mit der Aufnahmebestätigung mitgeteilt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Name: _____ Vorname: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum

Unterschrift