



# Anmeldung Kinderreitvereinsstunde

## Angaben zum Mitglied:

Name

Vorname

Hiermit melde ich mich zur Teilnahme an den Kinderreitvereinsstunden an. Die Kosten betragen monatlich 5,- Euro.

### Hinweise:

Durch seine/ihre Unterschrift erklärt der Antragsteller, stellvertretend bei unter 18jährigen für ihn der/die Erziehungsberechtigte/n, seine Anmeldung und verpflichtet sich zur Einhaltung der Satzung und Ordnungen, insbesondere zur pünktlichen Bezahlung der Kosten.

### Beginn der Vereinbarung / Beitragsberechnung:

Als Beginn der Vereinbarung gilt das Datum der Unterschrift. Die Beitragsberechnung beginnt ab dem laufenden Monat.

### Kündigung:

Die Kündigung kann mit einer Frist von 2 Wochen zum Quartalsende erfolgen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Zum Einzug der Beiträge wird mit dem Zahler ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen. Der Beitragseinzug erfolgt zu der unter Einzugstermin genannten Fälligkeit.

### Einzugstermin – Wiederkehrende Zahlungen:

Einzug vierteljährlich: jeweils zum 01. Januar, 01. April, 01. Juli, 01. Oktober

Fällt der genannte Zahltag nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag.

### Gebühren:

Alle im Zusammenhang einer Rücklastschrift jedweder Art entstehenden Gebühren sind vom Zahler zu tragen. Die Erinnerung an evtl. Außenstände ist kostenfrei, für nachfolgende Mahnungen werden weitere Gebühren seitens des Vereins erhoben.

Unterschrift Mitglied: (zusätzlich ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:

\_\_\_\_\_  
Weitere Unterschriften:



## SEPA-Lastschriftmandat

Reitverein Hohenrode e.V., Hünenburgstraße 8, 31737 Rinteln

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00001175076

Mandatsreferenz Nr.: Wird separat mitgeteilt

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Reitverein Hohenrode e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Zeitgleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Reitverein Hohenrode e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift