

Name, Vorname: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ und Ort: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail Adresse: _____
Telefonnummer: _____
gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Islandpferde Reitverein Nordeifel e.V.

Geschäftsstelle:
Ernst Hoff
Mühlenstraße 31
53879 Euskirchen

Telefon: 02251-71946
E-Mail: schriftfuehrer@ipn-roderath.de



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den IPN Roderath e.V.

Art der Mitgliedschaft:

- | | Beitragssatz mit Lastschriftmandat: |
|--|--|
| <input type="radio"/> erwachsenes Hautmitglied | 55,00 € |
| <input type="radio"/> jugendliches Hauptmitglied | 45,00 € |
| <input type="radio"/> erwachsenes Familienmitglied | 40,00 € |
| <input type="radio"/> erstes jugendliches Familienmitglied | 25,00 € |
| <input type="radio"/> zweites jugendliches Familienmitglied | 15,00 € |
| <input type="radio"/> jedes weitere jugendliche Familienmitglied | beitragsfrei |
|
 | |
| <input type="radio"/> mit Rechnung: zusätzlich 6,00 € | |

Die Aufnahmegebühr für das 1. Erwachsene Mitglied beträgt 50,00 €. Die Aufnahmegebühr entfällt, wenn bereits ein Familienmitglied eine Aufnahmegebühr bezahlt hat. Kinder und Jugendliche sind ebenfalls von der Aufnahmegebühr befreit. Eine evtl. Aufnahmegebühr und der Jahresbeitrag sind auch bei einem Eintritt im Laufe des Jahres in voller Höhe zu entrichten.

Jedes erwachsene Mitglied (ab 18 Jahre) verpflichtet sich, 10 Arbeitsstunden im Jahr innerhalb des Vereins abzuleisten oder sich diese in Rechnung stellen zu lassen. Bei Eintritt im laufenden Jahr werden diese Arbeitsstunden anteilmäßig entsprechend dem Eintrittsdatum berechnet.

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für vereinsinterne Zwecke verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen der Beiträge und Entgelt für nicht geleistete Arbeitsstunden, ab dem Eintrittsdatum, mittels Lastschrift einzuziehen.

Name: _____ Vorname: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Entstehende Kosten für Rücklastschriften werden Ihnen in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift