

Reit & Fahrverein Glashofen e.V.

Reit- & Fahrverein Glashofen, 74731 Walldürn- Reinhardsachsen, Walzgraben 11

Postanschrift:

74731 Walldürn/ Reinhardsachsen

Walzgraben 11

www.RuF-Glashofen.de



www.RuF-Glashofen.de Telefon: 06286 1268

Bankverbindung: VB Walldürn

BIC: GENODE61BUC

IBAN: DE17 67461424 00 31 305 608

Gläubiger-ID : DE73ZZZ 000 00 601801

BEITRITTSEKLÄRUNG

Familienname/ Name: _____ /Geb.: _____

Straße/ Plz / Ort: _____

Tel./ E-Mail etc.: _____

Familienmitglieder:

Ehepartner/Geb.: _____

Kind/ Geb.: _____

Kind/ Geb.: _____

Kind/ Geb.: _____

Jahresbeitrag für Aktiv-Mitglieder

Familie (Kinder bis 16 Jahre)	41 €
Erwachsene einzeln	31 €
Jugendliche bis 18 Jahre	16 €

Aufnahmegebühr für Aktiv-Mitglieder

Familie (Kinder bis 16 Jahre)	41 €
Erwachsene einzeln	31 €

Jedes Aktiv-Mitglied beantragt gleichzeitig die Stammitgliedschaft im „Reit- und Fahrverein Glashofen eV“.

Jahresbeitrag für Passiv-Mitglieder

Familie (Kinder bis 16 Jahre)	16 €
Erwachsene einzeln	11 €

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den „Reit- und Fahrverein Glashofen eV“. Ich bin bereit den Verein den Satzungen entsprechend voll zu unterstützen.

Ich werde meinen Beitritt solange aufrechterhalten, bis ich mich:

- schriftlich abmelde,
- oder aus dem Verein mit einer Begründung ausgeschlossen werde.

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/ SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Reit- und Fahrverein Glashofen e.V.,
Walzgraben 11
74731 Walldürn

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE73ZZZ 00000 601801

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Reit- und Fahrverein Glashofen e.V.,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n)ich/wir mein(unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Reit- und Fahrverein Glashofen e.V.,

auf mein/Unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.