

## Reit – und Fahrverein Hoisdorf und Umgebung e.V.

Mitglied des Landessportverbandes der Reit- und Fahrvereine  
Schleswig-Holstein e.V. und des Landessportverbandes



## Aufnahmeantrag

für die Mitgliedschaft im Reit- und Fahrverein Hoisdorf u. U. e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Reit- und Fahrverein Hoisdorf und Umgegend e.V.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz

\_\_\_\_\_  
mobil

\_\_\_\_\_  
e-mail

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

- Aktives / Ordentliches Mitglied € 60,- Jahresbeitrag
- Passives / Förderndes Mitglied € 30,- Jahresbeitrag
- Schüler / Auszubildende € 40,- Jahresbeitrag

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung gemäß Bundesdatenschutzgesetz der auf dem Datenerfassungsbogen enthaltenen Daten für Zwecke des Vereins bin ich einverstanden. Mit der Aufnahme erkenne ich die Satzung und Betriebsordnung vom Reithof Düwiger an.

Das Vereinsmitglied trifft die Entscheidung zur Veröffentlichung seiner Daten im Internet freiwillig und kann seine Entscheidung jederzeit widerrufen. Es kann bei einer Veröffentlichung von personenbezogenen Mitgliedsdaten im Internet ein umfassender Datenschutz nicht garantiert werden.

Erklärung:

Ich bestätige das Vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre, dass der Reit- und Fahrverein Hoisdorf u.U. e.V. folgende Daten zu meiner Person auf seiner Internetseite veröffentlichen darf:

Name

Vorname

Fotografien

Sonstige Daten (z.B. Turnierergebnisse, Lehrgangsteilnehmer u.ä.)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



**SEPA-Lastschriftmandat:**  
für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID: DE19ZZZ00000664271

Ich/Wir ermächtigen den Reit- und Fahrverein Hoisdorf u.U. e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir SK Holstein (BLZ 21352240, Konto 190195810) an, die vom Reit- und Fahrverein Hoisdorf u.U. 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** (nur ausfüllen, wenn von o.g. Mitgliedsdaten abweichend) / **Bankverbindung:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag wird jährlich bis zum 30.06. eines Jahres oder - falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte – dem darauf folgenden Bankarbeitstag vom o.g. Konto bis auf Widerruf abgebucht. Die Beitragshöhe ergibt sich altersabhängig aus der jeweils gültigen Beitragsordnung. Über von o.g. Terminen oder Beträgen abweichende Kontobelastungen werden ich mindestens 30Tage vor Fälligkeit informiert. Dies kann bei individuellen Änderungen mündlich, bei generellen Änderungen durch Aushang im Reitstall oder anderweitige Veröffentlichung (Presse, Homepage usw.) erfolgen.

---

Ort/Datum

Unterschrift/Unterschrift Kontoinhaber