

Celler Pferdefreunde 1834 e.V.

www.cellerpferdefreunde.de

Aufnahme-Antrag

Ich bitte um Aufnahme in den

Reitverein Celler Pferdefreunde 1834 e.V.

Abteilung: Voltigieren Reiten Kurzmitgliedschaft Turniermitgliedschaft
 Reitbeteiligung

Bewerber: Name:
Vorname:
geb. am:
Erziehungsberechtigter:
Straße:
Wohnort:
Telefon:
E-mail:

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Ende des Kalenderjahres möglich und muss spätestens 1 Monat vor Ablauf des Jahres schriftlich dem Verein erklärt werden.

Für Minderjährige: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten. Soweit aus dem Eintritt des/ der Minderjährigen in den Verein „Celler Pferdefreunde“ geldliche Verpflichtungen entstehen, übernehme ich deren Begleichung gegenüber dem Verein.

Datum:
(Unterschrift des Antragstellers, bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Einzugsermächtigung: (Bitte ankreuzen – siehe Anlage)

Der Reitverein Celler Pferdefreunde v. 1834 e.V. wird hiermit bis auf Widerruf ermächtigt, die jeweils fälligen **Beiträge (Mitgliedsbeiträge, Voltigier-Gebühren, Weidegelder etc.)** im Rahmen des Lastschriftverfahrens einzuziehen.

Verein Celler Pferdefreunde 1834 e.V.
An der Lake 5 A, 29229 Celle
Tel .05086/1849

Bankverbindung: Sparkasse Celle-Gifhorn-Wolfsburg – IBAN DE04 2695 1311 0000 0158 26 – BIC: NOLADE21GFW
St. Nr. 17/204/00501
www.cellerpferdefreunde.de

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Celler Pferdefreunde 1834 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

An der Lake 5 A

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

29229 Celle

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE13ZZZ0000102560

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Mitgliedsnummer:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Celler Pferdefreunde 1834 e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Celler Pferdefreunde 1834 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Celler Pferdefreunde 1834 e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Celler Pferdefreunde 1834 e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**