

**Anmeldung
zum Erwerb der Mitgliedschaft (Stand: 01.09.2018)**

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
Straße:		E-Mail
Plz:	Ort:	Telefonnr.
Geworben durch:		Beruf:

Ich nehme am Reitunterricht teil: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Stunden pro Woche: _____	Anlagennutzung bei eigenem Pony/ Pferd <input type="checkbox"/> Anzahl: _____
Name des Reitlehrers:		
Ich nehme am Voltigiertraining teil: <input type="checkbox"/>	Mannschaft-Nr. :	

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren ist die Mitgliedschaft eines Elternteils erforderlich.

Erziehungsberechtigter:

Name.....Vorname.....Geb.Datum.....

Ich/Wir beantrage(n) die Mitgliedschaft im Reit- und Fahrverein Barlo-Bocholt e.V. und erkenne(n) die beiliegende Satzung an. Als Erziehungsberechtigter erhebe ich keine Bedenken gegen die Teilnahme meines/r Sohnes/Tochter an Übungsstunden und ordnungsgemäß veranstalteten Turnieren.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenrelevanten Daten sowie die meiner als Mitglied geführten Familienangehörigen gem. DSGVO und BDSG (nF.) zum Zweck der Vertragserfüllung gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Einer Übermittlung der Daten an den Deutschen Sportausweis zur Ausstellung des Mitgliedsausweises stimme ich zu.

Bocholt, Datum.....Unterschrift (eines Elternteils).....

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 Barlo-Bocholt e.V.
Winterswijker Str. 57 c
46399 Bocholt

Gläubiger-Identifikationsnr. (CI/Creditor Identifier)
DE30ZZZ00000513141

Mandatsreferenz:
Wird Ihnen mit dem Begrüßungsschreiben mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den **Reit- und Fahrverein Barlo-Bocholt e.V.**

Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von dem **Reit- und Fahrverein Barlo-Bocholt 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

BIC

**IBAN
DE**

Ort, Datum

Unterschrift