



Reiterkameradschaft Sondelfingen und Umgebung e.V.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Reiterkameradschaft Sondelfingen u. Umgebung e.V. und verpflichte mich, nach erfolgter Aufnahme, zur Zahlung des festgesetzten Jahresbeitrags.

Name _____ Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ E-Mail-Adresse _____

Straße und Hausnummer _____

Wohnort _____

- Reiter aktiv* Voltigierer aktiv
 Reiter passiv Therapeutisches Reiten

Datum: _____ Unterschrift** : _____

*zutreffendes bitte ankreuzen!
**Unterschrift (bei Minderjährigen d. Erziehungsberechtigten)

An die Reiterkameradschaft Sondelfingen und Umgebung e.V.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass ab _____ der von mir zu zahlende Jahresbeitrag in Höhe von z.Z. € ____ jährlich von meinem Konto per Lastschrift eingezogen wird.

Kontonummer: _____

Bank: _____

BLZ: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____