



## Reit- und Fahrverein Wickedede-Asseln-Sölde e.V.

### Mitgliedsantrag

Ich bitte um Aufnahme in den RV Wickedede-Asseln-Sölde e.V.

Vorname (Antragssteller):

Name (Antragssteller):

Straße / Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Geburtsdatum:

Beruf (ggf. der Eltern):

E-Mail Account:

Telefon (Festnetz):

Telefon (Mobil):

Mitgliedsstatus: Aktiv:

Passiv:

Reitstatus: Privatreiter:

Reitbeteiligung:

Schulreiter:

Turnierreiter:

Name des/der Pferde:

Alle vorstehenden Angaben sind Pflichtangaben!

Beiträge:

Aufnahmegerühr:

Euro - wird vom RV eingetragen (entfällt, wenn ein weiteres Familienmitglied bereits Vereinsmitglied ist)

Jahresgebühr:

Euro - wird vom RV eingetragen

Gesamt:

Euro - wird vom RV eingetragen

Die Vereinsaufnahme erfolgt monatlich, anteilig bis zum Kalenderjahresende. Eine Kündigung erfolgt immer zum 31.12. eines Kalenderjahres.

**Achtung: Der RV Wickedede-Asseln-Sölde e.V. schließt eine Haftung im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten aus. Das Reiten erfolgt auf eigene Gefahr!**

Diese Bedingungen sowie die Betriebsordnung und die Satzung des RV Wickedede-Asseln-Sölde e.V., die mir ausgehändigt wurden, erkenne ich an.

Mir ist bewusst, dass ich entsprechend meines Mitglieds- und Reitstatus Arbeitsstunden leisten muss, die bei Nicht-Ableisten in Rechnung gestellt werden.

Jedes Vereinsmitglied, ab 12 Jahre, hat pro Kalenderjahr Arbeitsdienststunden zu leisten. Schulreiter haben 5 Stunden und Privatreiter/Reitbeteiligungen haben 15 Arbeitsstunden zu leisten.

---

Datum, Ort

Unterschrift des Neumitglieds oder des Erziehungsberechtigten

### **Vereinbarung über den Einzug von Forderungen durch SEPA-Basis-Lastschriften**

Reit- und Fahrverein Wickedede-Asseln-Sölde e.V., Eschenwaldstraße 45, 44319 Dortmund  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42ZZZ00000741554

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den RV Wickedede-Asseln-Sölde e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom RV Wickedede-Asseln-Sölde e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname (Kontoinhaber):

Name (Kontoinhaber):

Straße / Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Name (Kreditinstitut):

BIC:

SWIFT:

IBAN:

---

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Vorname (Antragssteller):

Name (Antragssteller):