

# BEITRITTSERKLÄRUNG

(bitte ausgefüllt und unterschrieben an die Geschäftsstelle senden)



Der Reitergemeinschaft CHIRON e.V. möchte ich als Mitglied beitreten.

Name, Vorname\*: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_

Telefon, Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Landesverband: \_\_\_\_\_

Bereits erworbene Reitsport-Qualifikationen: \_\_\_\_\_

In folgenden Reitsport-Tätigkeiten tätig: \_\_\_\_\_

(\*bei Familien ggf. weitere Angaben auf Extrablatt)

## Jahresmitgliedsbeiträge:

- |   |         |   |         |
|---|---------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson     | € 40,00 | <input type="checkbox"/> Jugendliche (ab 14 J.), Schüler, Azubis, |         |
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag  | € 50,00 | Studenten, Rentner  |         |
| <input type="checkbox"/> Kinder bis 13 J. | € 12,00 | (bitte Bescheinigung beifügen!)                                   | € 25,00 |

- Zahlung per Lastschrifteinzug
- Barzahler (selbständige Zahlung jeweils Anfang des Jahres)  
Der Mitgliedsbeitrag erhöht sich um 8,00€. Das gilt nicht für ausländische Mitglieder, diese sind aufgrund der Überweisungsgebühren hiervon befreit.

## **Einverständniserklärung:**

- (PFLICHTFELD) Hiermit willige ich ein, dass meine persönlichen Daten im Zuge der Vereinsverwaltung abgespeichert und für Zusendung von Vereins-Informationen verwendet werden. Eine unerwünschte Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.
- Hiermit willige ich ein, dass meine Kontaktdaten (wie z.B. Name, E-Mail, Anschrift, Telefon) vereinsintern veröffentlicht (z.B. Mitgliederliste) bzw. weitergegeben werden dürfen. Weitergabe an vereinsfremde Interessenten erfolgt nur mit zusätzlicher Nachfrage und Zustimmung!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

# EINZUGSERMÄCHTIGUNG

(bitte ausgefüllt und unterschrieben an die Geschäftsstelle senden)



Hiermit ermächtige/n ich/wir die Reitergemeinschaft CHIRON e.V. (Kontoverbindung siehe unten) bis auf Widerruf, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen aus der Mitgliedschaft zu Lasten meines/unseres nachfolgend aufgeführten Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die dadurch entstehenden Buchungskosten gehen zu Lasten des Zahlungspflichtigen.

Gleichzeitig weise/n ich/wir hiermit meine/unsere Bank unwiderruflich an, im Falle der Nichteinlösung der Lastschrift, der RG CHIRON e.V. auf Anforderung meinen/unseren Namen und die vollständige Adresse mitzuteilen.

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

Tel./Fax: .....

E-Mail: .....

Kontoinhaber: .....

BLZ.: ..... Kontonr.: .....

Kreditinstitut / Ort: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

## Infos zur Beitragszahlung

Laut Mitgliederbeschluss vom 09.11.2002 erhöht sich der Mitgliedsbeitrag für Bareinzahler um 8,00€. Das gilt nicht für ausländische Mitglieder, diese sind aufgrund der Überweisungsgebühren hiervon befreit.