



Reit- und Fahrverein Bad Segeberg und Umgebung e.V.

RuFV Bad Segeberg und Umgebung e.V.

1. Vorsitzender: Manfred Richter
Falkenburger Str. 29, 23795 Bad Segeberg
Tel. : 04551-9419473
1.vorsitzender@rufv-segeberg.de
2. Vorsitzende: Jennifer Schlätel
Twiete 2, 23818 Neuengörs
Tel.: 0172-1701162
2.vorsitzende@rufv-segeberg.de
Schriftführerin: Tanja Ehlert
Buchenweg 17, 23824 Tensfeld
Tel.: 04557- 999647
tanjaehlert@gmx.de

Aufnahmeantrag

für
Name : _____ geb. : _____

Straße : _____ Tel. : _____

PLZ : _____ Ort : _____

E-Mail : _____

Eintrittsdatum _____ Unterschrift _____

____ Erwachsene ____ Junior ____ in Ausbildung befindl. Erwachsener
(bis einschl.18 J.) (bis einschl. 25 J.)

____ Mitglied ab 65 ____ Voltigierer

____ 2. oder weitere(s) erwachsene Mitglied(er) einer Familie

Bitte hier abtrennen und aufbewahren

Vereinsbeitrag (jährlich) an den RuFV Bad Segeberg

Konto-Nr. : 522 77 980 bei der Volksbank eG Neumünster , BLZ : 212 900 16

Der Jahresbeitrag beträgt:

für Erwachsene.....50,- €
Für in Ausbildung befindliche Erwachsene (bis einschl. 25 J.) ..30,- €
Für 2. und weitere erwachsene Mitglieder einer Familie.....30,- €
Junioren (bis einschl. 18 J.).....20,- €
Mitglieder ab 65 J.30,-€

Aufnahmegebühr :5,- €

Voltigiergeld (monatlich) an die Voltigierabteilung Bad Segeberg20,- Euro

Konto-Nr. : 53635 bei der Sparkasse Südholstein , BLZ : 230 510 30

Reit- und Fahrverein Bad Segeberg und Umgebung e.V.

Vereinsregister-Nr.: 323 SE Amtsgericht Kiel

Bankverbindung: VR Bank Neumünster eG BIC: GENODEFINMS;

IBAN: DE 22212900160052277980



Reit- und Fahrverein Bad Segeberg und Umgebung e.V.

Mitgliedsnummer _____, den _____

Lastschrifterteilung:

Reit- und Fahrverein Bad Segeberg und Umgebung e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE 0ZZZ00001086758**

Hiermit ermächtige ich den Reit- und Fahrverein Bad Segeberg und Umgebung e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Reit- und Fahrverein Bad Segeberg und Umgebung e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name _____
Straße _____
Plz Ort _____
Mandatsnummer _____-16 (Mitgliedsnummer-16)
Kontoinhaber _____
Kontonummer _____
Bankleitzahl _____
IBAN falls bekannt _____
BIC falls bekannt _____

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung. Durch Rücklastschriften entstehende Kosten gehen zu meinen Lasten.

Datum Unterschrift(en)