



## BEITRITTSERKLÄRUNG

zum Reit- und Fahrverein Isernhagen und Umg. e.V.  
-nachstehend Verein genannt-

Ab dem \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ verpflichte ich mich, die nachstehend angekreuzten Beiträge für eine Mitgliedschaft im Verein als

<b>erstes aktives Mitglied</b>	(monatlich)	(jährlich)
<input type="radio"/> über 18 Jahre	€ 8,50	€ 102,00
<input type="radio"/> unter 18 Jahre	€ 5,50	€ 66,00
<b>weiteres aktives Mitglied aus der Familie</b>		
<input type="radio"/> über 18 Jahre	€ 5,00	€ 60,00
<input type="radio"/> unter 18 Jahre	€ 3,50	€ 42,00
<input type="radio"/> <b>passives Mitglied</b>	€ 3,50	€ 42,00

stets im Voraus im 1. Quartal eines Geschäftsjahres möglichst durch SEPA-Lastschrift (s.u.) zu zahlen, weil die Mitgliedschaft und die Teilnahme am Reitsport erst nach Zahlung des Beitrages für das laufende Jahr beginnt. *Alle Mitglieder, die das Vereinsgelände nutzen, leisten pro Jahr 10 Arbeitsstunden (ersatzweise eine Zahlung von 60,00 €). Der Dienst ist übertragbar.*

### Name und Anschrift des Mitglieds:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Verein für etwaige Unfälle, die mit den Reitern, dem Umgang mit Pferden und dem Aufenthalt auf dem Vereinsgelände verbunden sind, keine Haftung für Sachschäden übernimmt, die durch Fahrlässigkeit eingetreten sind.

Für etwaige Unfälle, die bei Veranstaltungen und beim Reiten unter Aufsicht des Reitlehrers eintreten, besteht jedoch ein Versicherungsschutz bei der ARAG Sportversicherung, Düsseldorf über den Landessportbund. Unfälle sind unverzüglich dem Verein zu melden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Ort/Datum) (unter 18 Jahre Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige den Reit- u. Fahrverein Isernhagen u. Umg. e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein 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.*

\_\_\_\_\_  
(Name des Kreditinstituts)

\_\_\_\_\_  
IBAN (wenn nicht vorhanden Kontonummer)

\_\_\_\_\_  
BIC (wenn nicht vorhanden Bankleitzahl)

\_\_\_\_\_  
(DATUM, Unterschrift)