

Hippotherapie e.V.
Augsteiner 23
76646 Bruchsal



Hippotherapie e.V.

Beitrittserklärung

hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Hippotherapie e.V.:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Der Jahresbeitrag beträgt 25€ und wird am 15. Februar jeden Jahres eingezogen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, die DSGVO des Hippotherapie e.V. ausgehändigt & akzeptiert zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen die des gesetzlichen Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags



Hippotherapie e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 85 ZZZ 00000 681610

Mandatsreferenz:

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger Hippotherapie e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Hippotherapie 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. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße; PLZ, Ort

BIC

IBAN

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber