

EINTRITTSERKLÄRUNG



Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum

PONYCLUB OHLENDORF – Jugendfarm e. V.
Alter Postweg 160, 21220 Seevetal

Die **Aufnahmegebühr** für das Jahr 20____ in Höhe von € 15,00
sowie den nachstehend angekreuzten **Beitrag** lasse ich abbuchen.

Erwachsene € 63,00

Kinder (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
Schüler und Studenten nur mit Nachweis) € 43,00

Bei mehr als einem Kind pro Familie staffelt sich
der Beitrag wie folgt: - 2. Kind € 33,00

- 3. Kind € 23,00

- weitere Kinder beitragsfrei

Der Beitrag beinhaltet die Beitragszahlung einer Haftpflicht- und Unfallversicherung
(Rahmenversicherung) über den Bund der Jugendfarmen und Aktivspielplätze e.V. in Höhe
von € 3,00 pro Mitglied.

In den Folgejahren wird der angekreuzte Beitrag inkl. Versicherung am Anfang des Jahres
abgebucht.

Auszug aus der Satzung:

- Die Beiträge werden jährlich im Voraus erhoben.
- Die Beitragspflicht beginnt mit dem ersten Tag des Jahres, in dem der Beitritt erfolgt und endet mit dem letzten Tag des Jahres, in dem die Mitgliedschaft endet (31.12. d.J.)
- Der Austritt aus dem Verein hat schriftlich zu erfolgen. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Jahresende möglich

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen die des Erziehungsberechtigten)

PNYCLUB OHLENDORF - Jugendfarm e.V.

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers

PONYCLUB OHLENDORF
Jugendfarm e. V.

Alter Postweg 160
21220 Seevetal

Name u. Anschrift des Kontoinhabers

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE19ZZZ00000205267

Mandatsreferenznummer : wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Ponyclub Ohlendorf Jugendfarm e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ponyclub Ohlendorf e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:

Name der Bank

BIC

DE

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Vorname / Nachname