

# Celler Pferdefreunde 1834 e.V.

www.cellerpferdefreunde.de

## Aufnahme-Antrag

Ich bitte um Aufnahme in den

**Reitverein Celler Pferdefreunde 1834 e.V.**

**Abteilung:**     Voltigieren     Reiten     Kurzmitgliedschaft     Turniermitgliedschaft

**Bewerber:**    Name: .....  
Vorname: .....  
geb. am: .....  
Erziehungsberechtigter: .....  
Straße: .....  
Wohnort: .....  
Telefon: .....  
E-mail: .....

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Ende des Kalenderjahres möglich und muss spätestens 1 Monat vor Ablauf des Jahres schriftlich dem Verein erklärt werden.

Für Minderjährige: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten. Soweit aus dem Eintritt des/ der Minderjährigen in den Verein „Celler Pferdefreunde“ geldliche Verpflichtungen entstehen, übernehme ich deren Begleichung gegenüber dem Verein.

Datum: .....  
.....  
(Unterschrift des Antragstellers, bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

**Einzugsermächtigung:** (siehe Anlage)

Der Reitverein Celler Pferdefreunde v. 1834 e.V. wird hiermit bis auf Widerruf ermächtigt, die jeweils fälligen **Beiträge (Mitgliedsbeiträge, Voltigier-Gebühren, Weidegelder etc.)** im Rahmen des Lastschriftverfahrens einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Celler Pferdefreunde 1834 e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

An der Lake 5 A

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

29229 Celle

**Land / Country:**

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE13ZZZ0000102560

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Mitgliedsnummer:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Celler Pferdefreunde 1834 e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Celler Pferdefreunde 1834 e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Celler Pferdefreunde 1834 e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Celler Pferdefreunde 1834 e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:**

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**