



Islandpferdereiter- und -züchterverein Ostbayern e.V.

1. Vorsitzende: Kristina Schiele, Pröllerstr. 6, 94360 Mitterfels, Tel.: 09961/700124
Homepage: www.ipzv-ostbayern.de; eMail: vorstand1@ipzv-ostbayern.de

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Islandpferde Reiter- und Züchterverein Ostbayern e.V.
Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Staße, Hausnummer	PLZ und Wohnort	
_____	_____	_____
Telefon	Email	

Der **Jahresbeitrag** beträgt für mich als
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

<input type="checkbox"/> Hauptmitglied	50,- Euro
<input type="checkbox"/> Ermäßigtes Hauptmitglied Ermäßigungsberechtigt sind Ehepartner von Hauptmitgliedern, Schüler, Auszubildende und Studenten (über 18 Jahre) sowie Senioren (über 65 Jahre). Schüler, Auszubildende und Studenten legen der Schatzmeisterin mit diesem Aufnahmeantrag bzw. jeweils unaufgefordert zum 1.1. jeden Geschäftsjahres eine entsprechende Bescheinigung vor. Später eingehende Bescheinigungen können nicht mehr berücksichtigt werden.	38,- Euro
<input type="checkbox"/> Jugendlicher (unter 18 Jahre)	25,- Euro
<input type="checkbox"/> Familie (Hauptmitglied oben eintragen, Name und Geburtsdatum der weiteren Mitglieder auf der Rückseite)	
2 Erwachsene + 1 Kind	108,- Euro
1 Erwachsener + 1 Kind	70,- Euro
2. Kind	17,- Euro
jedes weitere Kind	10,- Euro

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat einer wiederkehrenden Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den Islandpferde Reiter- und Züchterverein Ostbayern (Gläubiger-Identifikationsnummer DE56ZZZ00000772633) nach Erhalt dieses Antrages den vollen Jahresbeitrag für das laufende Geschäftsjahr sowie bis zum Ende der Mitgliedschaft im Verein den fälligen Jahresbeitrag zu Beginn des jeweiligen Geschäftsjahres mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Die Mandatsreferenz wird mir mit der ersten Rechnung mitgeteilt.

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.

_____	_____	_____
Vor- und Nachname des Kontoinhabers	Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Wohnort
__ _ __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_____
IBAN		BIC

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von: _____
Vor- und Nachname (falls nicht mit Kontoinhaber identisch)

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers