

Turniergemeinschaft Holsterbrink e.V.

Familie Schulze Eliab · Holsterbrink 38 · 48249 Dülmen-Rorup · Telefon 02548-651 · info@eliab.de

Aufnahmeantrag

Die **Turniergemeinschaft Holsterbrink e. V.** freut sich, dass Sie unserem Verein als Mitglied beitreten möchten. Die Ziele und Zwecke des Vereins sind Inhalt der Satzung und liegen zur Kenntnisnahme im Reiterstübchen aus.

Die Mitgliedsgebühren setzen sich wie folgt zusammen:

Mitgliedschaft	Jahresbeitrag	Aufnahmegebühr (einmalig)	Arbeitsstunden	Betrag bei Nichtleistung
Junior aktiv (bis 18 Jahre)	36 €	10 €	10 - 14 Jahre = 5 Stunden 15 - 18 Jahre = 10 Stunden	10 € 15 €
Senioren aktiv (ab 18 Jahre)	48 €	20 €	10 Stunden	15 €
Familie	96 €	20 € + 10 € (pro angemeldeter Person)	je aktivem Mitglied 5 bzw. 10 Std.	10 € bzw. 15 €
Einstaller und Reitbeteiligung ohne Turnierteilnahme	48 €	20 €	5 Stunden	15 €
Inaktiv (keine Turnierteilnahme, keine Nutzung der Reitanlage Holsterbrink, Reitschüler)	48 €	10 €	---	---

weitere Personen, für die Familien- Mitgliedschaft:

Name, Vorname	Name, Vorname	Geburtsdatum
.....
Straße + Nr.
.....
PLZ + Ort
.....
Geburtsdatum
.....
Telefon:
.....
E-Mail:
.....

Für Ihr sportliches Engagement wünschen wir Ihnen für die Zukunft viel Erfolg.

.....
(Datum, Ort)

.....
(Unterschrift; bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Die Entrichtung der jährlichen Gebühr i. H. v. (36,- / 48,- / 96,-) Euro erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig zum 31.01. eines jeden Jahres.

Zahlungsempfänger: **TG Holsterbrink e. V., Holsterbrink 38, 48249 Dülmen**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE81ZZZ00000473035**
Mandatsreferenznummer: **(wird von uns vergeben)**

SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die **Turniergemeinschaft Holsterbrink e. V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **Turniergemeinschaft Holsterbrink e. V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers:

Name der Bank:

IBAN: DE **BIC**.....
(IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

.....
(Datum, Ort)

.....
(Unterschrift des Kontoinhabers)