



Islandpferdefreunde Hammersdorf e.V.
 Vereinssitz:
 Hammersdorf 2
 85656 Buch am Buchrain
 Telefon: 08124-7939 Fax: 08124-7997

Island-

Pferdefreunde Hammersdorf e.V.

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Island-Pferde-Reiter-und-Züchter-Verbands-Regionalverein Islandpferdefreunde Hammersdorf e.V. (IPFH) und erkenne mit meiner Unterschrift dessen Satzung an.

(Adressänderungen, Kontoänderungen, Austritt aus dem Verein zum Jahreswechsel und Ähnliches gebe ich bekannt.)

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Beruf
_____	_____	_____
Telefon, Mobiltelefon	Email-Adresse	

Der Jahresbeitrag beträgt für mich als _____ betreffendes Ankreuzen

- Hauptmitglied Erwachsener** € 60,-
- Hauptmitglied Kind/Jugendlicher** € 30,-
- Partner, Auszubildende, Student, Schüler (über 18 Jahre)** € 50,-
- Familienmitglied Kind/ Jugendlicher** € 20,-
- Passives Fördermitglied** € 50,-

Bei Eintritt zwischen Januar und September ist der volle, ab Oktober der halbe Jahresbeitrag zu zahlen.
 Hiermit ermächtige ich den Verein IPF Hammersdorf widerruflich den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit mittels Lastschrift von diesem Girokonto einzuziehen/abzubuchen.

_____	_____	_____
Name	Vorname	Name des Geldinstituts
IBAN: DE __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ BIC _____		

_____	_____
Datum	Unterschrift

Bei minderjährigen Antragsstellern: _____
 Ich stimme dem Antrag meines Kindes zu: _____
 Unterschrift

Ich habe eine IPZV-Doppelmitgliedschaft durch meine Zugehörigkeit zu:

SEPA-Lastschriftmandat einer wiederkehrenden Lastschrift

Name: **Islandpferdefreunde Hammersdorf e.V.**
Vereinssitz:
Hammersdorf 2
85656 Buch am Buchrain

Gläubiger-Identifikations-Nummer **DE98ZZZ00000901954**

Mandatsreferenz: _____
Mitglied

SEPA –Lastschriftsmandat

Ich ermächtige den IPFH e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IPFH 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. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Kreditinstitut

IBAN: DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ BIC _____

E-mail Adresse (bei Einverständnis die Rechnung per Email zu erhalten)

Ich bin einverstanden, die Rechnung per E-Mail an oben genannte Email Adresse zu erhalten.

Datum, Ort und Unterschrift

Falls der Kontoinhaber nicht das Vereinsmitglied ist (z.B. Elternteil):

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Vorname und Name (des Mitglieds)