Beitrittserklärung

Halle, den _____

Ich/ Wir erkläre(n) hiermit meinen/ unseren Beitritt in die Interessen-gemeinschaft für Therapeutisches Reiten HIPPOKRENE e.V.

Interessengemeinschaft für Therapeutisches Reiten und Bewegungsförderung mit dem Pferd e.V.

Geschäftsadresse:
Dr. Meike Riedel
Hesselner Str. 3
33790 Halle (Westfalen)
Mob.: 0174 - 9817614
info@hippokrene.de
www.hippokrene.de

_____ _____
Name, Vorname Geburtsdatum

_____ _____
Tel. Nr. Mail

_____
Strasse PLZ Ort

Bitte ankreuzen

□ Kind 25 € □ Erwachsener 30 € □ Förderndes Mitglied ____ €

_____ _____
Datum **Unterschrift**

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger - ID: DE66ZZZ00001122429)

SEPA- Mandatsreferenz wird vom Verein separat mitgeteilt!
Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger (Name s.o.), Zahlungen von meinem /unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name s.o.) auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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.

Hiermit erteile ich der IG f. Therap. Reiten HIPPOKRENE e.V. die Einzugsermächtigung für

Jahresbeitrag* / Grundbetrag** / Monatsbeitrag** / individuellen Therapiebetrag

(nicht zutreffendes streichen)

Bankverbindung:

Kontoinhaber _____

IBAN DE _____ **BIC** _____

_____ _____
Datum **Ort** **Unterschrift (Kontoinhaber)**

* Der Jahresbeitrag wird im 1. Quartal eines jeden Jahres abgebucht.
** Der Grund- und Monatsbeitrag wird quartalsweise abgebucht.

Wird von Hippokrene ausgefüllt

Mandats-Referenz: _____ Bemerkungen: _____

Beschluss am: _____ □ ja □ nein Unterschrift: _____

Sparkasse Bielefeld IBAN DE 20 4805 0161 0015 3608 45