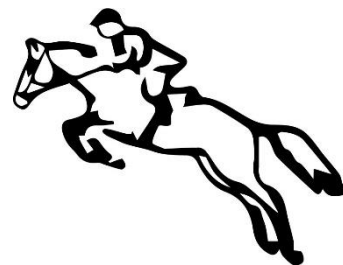


## Aufnahmeantrag



Ich bitte/ wir bitten um Aufnahme in den

**Reiterverein Weser-Solling e.V.** Bodenfelde zum \_\_\_\_\_

- |                                                              |                    |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> als Erwachsener                     | 45,00 Euro/Quartal |
| <input type="checkbox"/> als Jugendlicher                    | 20,00 Euro/Quartal |
| <input type="checkbox"/> als Familie                         | 70,00 Euro/Quartal |
| <input type="checkbox"/> als Fördermitglied <sup>1</sup>     | 15,00 Euro/Quartal |
| <input type="checkbox"/> als Kurzmitgliedschaft <sup>2</sup> | 50,00 Euro/Quartal |

---

<sup>1</sup>: keine Anlagennutzung & keine Turniereintragung

<sup>2</sup>: drei Monate, nur einmalig gültig (ausgenommen der Schüttenhoffgesellschaft)

---

Für Erwachsene Mitglieder wird eine Aufnahmegebühr in Höhe von **80,00 Euro** erhoben. Diese kann auf Wunsch im ersten Mitgliedsjahr in vier Raten zu je 20,00 Euro entrichtet werden. Die Aufnahmegebühr wird dann mit dem Mitgliedsbeitrag eingezogen.

Jugendliche, die länger als ein Jahr Mitglied sind und bei denen nicht im Rahmen einer Familienmitgliedschaft bereits eine Aufnahmegebühr entrichtet wurde, sind laut Satzung verpflichtet, mit Vollendung des 18. Lebensjahres und bei eigenem Einkommen eine Aufnahmegebühr von **40,00 Euro** zu zahlen. Alle Beiträge werden **vierteljährlich** abgebucht.

Die Mitgliedschaft im Reiterverein Weser-Solling e.V. kann jeweils zum Ende des Jahres beendet werden. Dies bedarf der fristgerechten, schriftlichen Kündigung zum 15. November des Jahres.

| Name | Vorname | Geburtsdatum | Telefonnummer | Anschrift |
|------|---------|--------------|---------------|-----------|
|      |         |              |               |           |
|      |         |              |               |           |
|      |         |              |               |           |
|      |         |              |               |           |
|      |         |              |               |           |

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

☐ Hiermit erkläre ich mich bereit, dass der Mitgliedsbeitrag Quartalsweise per **SEPA Lastschriftverfahren** von meinem Konto abgebucht werden darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)