



## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der **Reit- und Fahrgemeinschaft Fischerhude e.V.** und verpflichte mich zur Zahlung des jeweils geltenden **Mitgliederbeitrages** in Höhe von (z. Zt.) **32,00 Euro pro Person** jährlich, **Ehepaare 54,00 Euro** jährlich, **Jugendliche bis 18 Jahre 16,00 Euro** jährlich.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift )

Nur ausfüllen bei minderjährigen Antragstellern (unter 18 Jahre alt):  
Ich stimme dem Antrag auf Mitgliedschaft des o.g. Kindes zu.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Abteilung: (bitte ankreuzen)

Dressur

Ponykinder

Voltigieren

MountedGames

Fahren

Anderes

---

Unten nur auszufüllen von Antragstellern, die bereits einem anderen Reit- und Fahrverein angehören:

Ich gehöre dem \_\_\_\_\_ als Stamm-Mitglied an.

**!!! Mitgliedsanträge werden nur mit SEPA-Lastschriftmandat angenommen. Kündigungen sind laut Satzung nur zum 31.12. eines Jahres möglich. Kündigungen müssen schriftlich bis spätestens zum 15. November eines Jahres erfolgen.**

Die Satzung der RFG kann in der Geschäftsstelle und auf unserer Homepage [www.rfg-fischerhude.de](http://www.rfg-fischerhude.de) eingesehen werden. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden von der RFG strikt beachtet.

**Betr.: Antrag auf Mitgliedschaft**

**SEPA-Lastschriftmandat** für wiederkehrende Zahlungen

**Name/Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):**

Reit- und Fahrgemeinschaft Fischerhude  
Zum Mittelweg 5  
28870 Ottersberg

**Gläubiger-ID: DE17RFG00000270584**

**Name des Mitglieds (wenn anders als Kontoinhaber):**



RFG-\_\_\_\_\_

**Mandatsreferenz:**

(RFG plus Mitgliedsnummer  
z.B.: „RFG-123“, das ist die  
Vereins-Verwaltungsnummer)

Ich/Wir ermächtige(n) die **Reit- und Fahrgemeinschaft** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Reit- und Fahrgemeinschaft** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber:** Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift