



DALARNA Kattendorfer Reiterhof e.V.

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Name Vorname Geburtsdatum.....

PLZ/ Wohnort Straße.....

Mail-Adresse Telefon Mobil

Beruf (ggf. der Eltern)

Für mich/mein Kind gibt es aus medizinischer Sicht, von Seiten behandelnder Ärzte, keine Bedenken gegen das Reiten.

Eine Erkrankung an einem Anfallsleiden (Epilepsie) liegt nicht vor.

Ich/mein Kind habe/hat folgende Krankheiten, Allergien/muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen:

MONATLICHE BEITRÄGE, RECHTE UND PFLICHTEN

Der **Grundbeitrag für die Vereinsmitgliedschaft beträgt 10 Euro** monatlich, auch für passive Mitglieder.

Mitglieder die aktiv Vereinsangebote nutzen, zahlen **zusätzlich** den Beitrag des genutzten Angebots. (Aufstellung unten)

Die aktiven Einheiten finden nicht statt an Feiertagen und in den offiziellen schulfreien Zeiten Schleswig-Holsteins.

Einmalig wird bei Vereinseintritt eine Verwaltungskostengebühr von 60 Euro erhoben - nicht bei passiver oder Fördermitgliedschaft.



REITEN wöchentlich 2 Blockstunden Unterricht im Reiten und Umgang mit dem Pferd

- Alter bis 9 Jahre 111 Euro
- Alter 10 bis 13 Jahre 118 Euro
- Alter 14 und bis zum Ende der ersten Ausbildung 125 Euro
- Erwachsene 135 Euro



REITGEWÖHNUNG wöchentlich 1,5 Blockstunden 92 Euro



THERAPEUTISCHES REITEN alle Altersstufen

- Einheit 45 Minuten 154 Euro
- Einheit 60 Minuten 199 Euro



VOLTIGIEREN wöchentlich 2 Blockstunden 97 Euro



PASSIVE MITGLIEDSCHAFT (ohne aktive Einheit) 10 Euro



FÖRDERMITGLIEDSCHAFT Euro Spende monatlich, ohne Stimmrecht bei der Mitgliederversammlung

Um unsere Beiträge möglichst niedrig zu halten, verpflichtet sich jedes **aktive** Mitglied, jährlich einen Arbeitseinsatz von etwa 8 Stunden zu leisten, bei Kindern unter 14 Jahren durch deren Erziehungsberechtigte. Bewertungs-Zeitraum ist der 1. Juli bis zum 30. Juni des Folgejahres.

Ist der Arbeitseinsatz nicht geleistet worden, wird alternativ der Betrag von 120 € fällig. Für anteilig geleistete Arbeitseinsätze der anteilige Betrag für den nicht geleisteten Teil. Die Ersatzleistungsbeträge werden unmittelbar nach Beendigung des Arbeitsjahres im Juli/August eingezogen.

Als eingetragener Reitverein gehören unsere Mitglieder dem Landessportverband Schleswig-Holstein e.V. und dem Pferdesportverband Schleswig-Holsteins e.V. an und sind über diese versichert.

Die Mitgliedschaft kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, auch digital per Mail.

Ich erkläre mich / wir erklären uns damit einverstanden, dass eventuelle Film- bzw. Foto-Aufnahmen des Mitglieds auf der Website, im Internet, in DALARNA-Dokumenten und Presseartikeln (online oder gedruckt) veröffentlicht werden dürfen. Dabei kann es sich auch um Konzepte, Foto-Collagen oder Sponsoren-Mappen handeln.

ORT, DATUM: UNTERSCHRIFT:

(bei Minderjährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Ich verpflichte mich, die Satzung des Vereins anzuerkennen.

Ich ermächtige den oben genannten Verein widerruflich, den zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag und den jeweils geltenden Beitrag für die aktive Einheit bei Fälligkeit von meinem Konto abzubuchen. Für die Angabe der Kontodaten bitte wenden.

ORT, DATUM: UNTERSCHRIFT:

(bei Minderjährigen Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat



Name des Zahlungsempfängers DALARNA Kattendorfer Reiterhof e.V.	
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers</u> Straße und Hausnummer Struvenhüttener Str. 1	
Postleitzahl und Ort 24568 Kattendorf	Land DE
Gläubiger-Identifikationsnummer DE52ZZZ00001040037	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Zahlungsart <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u> Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	Land DE
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) DE	
BIC (8 oder 11 Stellen)	
Ort	Datum (TT/MM/JJJJ)
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	