

REITVEREIN MITTENWALDE E.V.

AM WALDSCHÖBCHEN 1 * 15749 MITTENWALDE

TEL: 033764/81 99 54 • FUNK: 0174 / 939 57 20 (FRAU SCHWACH)

MAIL: INFO@RV-MITTENWALDE.DE

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Reitverein Mittenwalde e.V. und verpflichte mich zur Zahlung des jeweils geltenden Beitrags und zur Einhaltung der Satzung.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Name, Vorname
des gesetzlichen Vertreters: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Telefonnummer privat: _____

Telefonnummer dienstlich: _____

Telefonnummer mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beitrag:

Kinder u. Jugendliche bis 18 Jahre, Auszubildende, Schüler, Studenten	50 €
Erwachsene ab 18 Jahre	65 €
Familienmitgliedschaft: Kinder (bis 18 Jahre) von Vereinsmitgliedern	35 €

Der Mitgliedsbeitrag ist binnen eines Monats nach Eintritt zu zahlen. Der (künftige) Jahresbeitrag wird am 15. Januar eines jeden Jahres fällig.

Die Mitgliedschaft verlängert sich um ein Jahr, wenn sie nicht bis zum 15. November des Vorjahres schriftlich gekündigt wird.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung der Daten einverstanden. Die Daten dienen ausschließlich der ordnungsgemäßen Arbeit des Reitvereins Mittenwalde.

Ort, Datum und Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen ges. Vertreter: _____

