

INTERESSENGEMEINSCHAFT FÜR PONY- und PFERDESPORT e. V.



63512 Hainburg
Reitplatz am Fasanengarten

IPPF – Hainburg
Thomas Manger
Porschestr. 12

63512 Hainburg

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der Interessengemeinschaft für Pony- und Pferdesport e.V. (IPPF) bei.
Die gültige Satzung wird als verbindlich anerkannt.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geb. Datum: _____ Email-Adr. _____ @ _____

Tel Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift _____
Bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Mit dem Beitritt sind der Aufnahmebeitrag und der Jahresbeitrag für das laufende Kalenderjahr fällig.
Die Beiträge werden in den Folgejahren per Lastschrift im 1. Quartal eingezogen.
Nachstehend bitte zutreffendes ankreuzen.

- | | | |
|---|------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsene | Aufnahmebeitrag 50,- € | Jahresbeitrag 42,- € |
| <input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner | Aufnahmebeitrag 50,- € | Jahresbeitrag 21,- € |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche | Aufnahmebeitrag 10,- € | Jahresbeitrag 21,- € |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft | Aufnahmebeitrag 75,- € | |

SEPA-Lastschrift-Mandat: Ich ermächtige / wir ermächtigen die Interessengemeinschaft für Pony- und Pferdesport e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der Interessengemeinschaft für Pony- und Pferdesport e.V. 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.

Gläubiger-ID d. Zahlungsempfängers: DE 71IPP00001402766 Mandatsreferenz: _____ (wird v. der IPPF eingetragen)

(Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen - Geldinstitut)

BIC: _____ | _____
(BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen)

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
(IBAN des Zahlungspflichtigen)

(Ort, Datum)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen)