

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT



in der **Vereinigung der Freizeitreiter und -fahrer in Deutschland | Bezirksverband Lübeck e. V.**
Geschäftsstelle: Christine Lindner | Schwalbennest 8 | 23611 Bad Schwartau | vfd-bvluebeck@t-online.de

Vorname und Name: _____

Strasse und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

- Jahresbeiträge:**
- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft | Euro 45,00 |
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft Jugendliche bis 18 Jahre | Euro 20,00 |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft | Euro 55,00 |

Bei Familienmitgliedschaft bitte zusätzlich die Namen und Geburtstage der Familienangehörigen:

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist mit dreimonatiger Frist zum Jahresende möglich. Der Mitgliedsbeitrag wird mittels SEPA-Lastschriftmandat zum 1. April eines Jahres eingezogen. Durch den Beitritt bin ich gleichzeitig Mitglied im VFD-Landesverband Hamburg/Schleswig-Holstein e.V. und dem VFD-Bundesverband e.V.

Mit meinem Beitritt stimme ich der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben des Vereins, insbesondere der Übermittlungen an den Bundesverband sowie zum Zwecke des Versandes der Verbandszeitschrift „Pferd & Freizeit“ an die Druckerei, zu.

Ort/Datum

Unterschrift *(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)*

SEPA-Lastschriftmandat

Vereinigung der Freizeitreiter und -fahrer in Deutschland, Bezirksverband Lübeck e.V.

Geschäftsstelle: Christine Lindner, Schwalbennest 8, 23611 Bad Schwartau

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00001051292. Die Mandatsreferenz werden wir Ihnen separat mitteilen.

Ich ermächtige die VFD Bezirksverband Lübeck e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VFD Bezirksverband Lübeck e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers: _____

Strasse und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Name der Bank: _____

BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

Datum, Ort und Unterschrift: _____