

# ISLANDPFERDE - REITER - UND ZÜCHTERVEREIN Regionalgruppe West e.V.



Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag zurücksenden an:

**IPZV Reg.West e.V.**

- Kassenwartin -

Frau Silke Hedfeld

Ritterlöh 3

51688 Wipperfürth

E-Mail: [kasse@ipzv-regwest.de](mailto:kasse@ipzv-regwest.de)

Mitgliedsnummer: 6360 - \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

(Bitte nicht ausfüllen, wird vom Verein ausgefüllt)

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die IPZV Regionalgruppe West e.V. und erkenne durch meine Unterschrift die Bestimmung der Vereinssatzung an. Der fällige Jahresbeitrag soll durch nachstehendes unterschriebenes Sepa-Lastschriftmandat jeweils zum 15. Januar des Jahres von meinem unten genannten Konto abgebucht werden. Bei Eintritt während des laufenden Kalenderjahres ist der Jahresbeitrag in voller Höhe fällig und wird zum 1. des nächsten Quartals nach Eintritt eingezogen. Die einmalige Aufnahmegebühr für Hauptmitglieder beträgt derzeit 50,- Euro. Jugendliche unter 18 Jahren zahlen keine Aufnahmegebühr. Ich erkenne an, dass ich den Verein bei Adressänderungen und/oder Änderungen der Bankverbindung umgehend unterrichten muss.

Nr.	Jahresbeiträge lt. Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 25.01.2002	derzeitiger Mitgliedsbeitrag pro Person & Jahr	zu Nr. 2, 4, 5 und 6 bitte Hauptmitglied angeben
1.	Hauptmitglieder (Erwachsene)	65,00 €	
2.	Familienmitglieder (Erwachsene)	50,00 €	
3.	Hauptmitglieder (Jugendliche)	30,00 €	
4.	Erstes Kind (unter 18 Jahre)	30,00 €	
5.	Zweites Kind (unter 18 Jahre)	20,00 €	
6.	Ab drittem Kind (unter 18 Jahre)	beitragsfrei	

→ Für Jedes Mitglied ist ein gesonderter Antrag und eine gesonderte Einzugsermächtigung auszufüllen!

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mitglied in einem anderen IPZV-Verein (Ja/Nein): \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

## Sepa-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den IPZV Regionalgruppe West e.V. bis auf Widerruf den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag/ Aufnahmegebühr bei o. g. Fälligkeit von meinem Konto

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

mittels Lastschrift einzuziehen. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung zum Zeitpunkt des Einzugs nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Hierdurch entstehende Gebühren und evtl. Mahnkosten gehen zu meinen Lasten. Ich bin verpflichtet, Änderungen der Bankverbindung mitzuteilen. Mit rechtswirksamer Kündigung erlischt meine Einzugsermächtigung.

Vor- und Zuname des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_