

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Islandpferde Reiter- und Züchterverband Lippe e. V.

Name:.....Vorname:.....Geb.-Datum:.....Tel.-Nr:.....

Straße:.....PLZ:.....Ort:.....E-Mail.....

Weitere Familienmitglieder zur Neuaufnahme:

Name, Vorname:.....Geb.-Datum:.....(1)

Name, Vorname:.....Geb.-Datum:.....(2)

Name, Vorname:.....Geb.-Datum:.....(3)

Name, Vorname:.....Geb.-Datum:.....(4)

- (.....) Familientarif ab 3 Personen 99,- Euro / Jahr
(.....) Partnertarif für 2 Erwachsene 89,- Euro / Jahr
(.....) Partnertarif für 1 Erwachsenen und 1 Jugendlichen 79,- Euro / Jahr
(.....) Einzeltarif für 1 Erwachsenen 56,- Euro / Jahr
(.....) Einzeltarif für 1 Jugendlichen 39,- Euro / Jahr

Als Beitrittsdatum gilt das Datum der Aufnahme durch den Vorstand.

Die Aufnahmegebühr beträgt einen Jahresbeitrag. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen zulässig. Jugendliche, die vor dem 31.03. des laufenden Jahres das 18. Lebensjahr vollenden, werden als Erwachsene eingestuft. Nachträgliche Beitritte von 1 Person in eine schon bestehende Gruppe werden mit der Aufnahmegebühr eines Erwachsenen bzw. Jugendlichen berechnet. Nachträgliche Beitritte von mehreren Personen in eine schon bestehende Gruppe werden mit der Aufnahmegebühr des entsprechenden Gruppentarifs berechnet. Mitglieder, die einen eigenen Hausstand gründen, verlassen automatisch die bisherige Gruppe und erhalten einen entsprechenden Tarif. Wenn keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind Jahresbeitrag und ggf. Aufnahmegebühr unaufgefordert innerhalb des 1. Quartals des Kalenderjahres auf das Konto IBAN: DE24 4829 1490 0017 7252 00 bei der Volksbank Bad Salzufen BIC: GENODEM1BSU zu entrichten.

(.....) meine Adresse und Telefon-Nr. sollen nicht in der Mitgliederliste erscheinen

Datum:..... Unterschrift:..... (bei Jugendlichen der Bevollmächtigte)

Islandpferde Reiter- und Züchterverband Lippe e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer DE866ZZZ00000359164 Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den IPZV-Lippe e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IPZV-Lippe 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber).....
Straße und Hausnummer (wenn abweichend von oben).....
PLZ Ort (wenn abweichend von oben).....
Kreditinstitut (Name und BIC).....
IBAN DE.....

Datum, Ort und Unterschrift
Bitte auch Seite 2 ausfüllen.

Datenschutz

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Speicherung und Nutzung meiner oben angegebenen Daten für die Mitgliederverwaltung des IPZV-Lippe e.V. Bitte ja oder nein ankreuzen.

Daten Mitglied	Verwendungszweck	ja X	nein X
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift	Mitgliederliste		
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift	Weiterleitung an den Dachverband zur Versendung der Vereinszeitschrift „Das Islandpferd“		
Kontoverbindung	Abbuchung der Mitgliedsbeiträge		
Email-Adresse	Versendung von aktuellen Mitteilungen im Bedarfsfall, z.B. Ausfall wichtiger Termine, Anfragen		

Datum:.....

Unterschrift:.....

(bei Jugendlichen der Bevollmächtigte)

Daten Familienmitglied 1	Verwendungszweck	ja X	nein X
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift	Mitgliederliste		

Datum:.....

Unterschrift:..... (Familienmitglied 1)

(bei Jugendlichen der Bevollmächtigte)

Daten Familienmitglied 2	Verwendungszweck	ja X	nein X
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift	Mitgliederliste		

Datum:.....

Unterschrift:..... (Familienmitglied 2)

(bei Jugendlichen der Bevollmächtigte)

Daten Familienmitglied 3	Verwendungszweck	ja X	nein X
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift	Mitgliederliste		

Datum:.....

Unterschrift:..... (Familienmitglied 3)

(bei Jugendlichen der Bevollmächtigte)

Daten Familienmitglied 4	Verwendungszweck	ja X	nein X
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift	Mitgliederliste		

Datum:.....

Unterschrift:..... (Familienmitglied 4)

(bei Jugendlichen der Bevollmächtigte)