

# Akademischer Reitclub Bonn e.V.

## Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Akademischen Reitclub Bonn e. V.

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer, PLZ und Ort	
Geburtsdatum	
E-Mail-Adresse	
Telefon (opt.)	
Beruf (opt.)	

**Als Jahresbeitrag zahle ich gemäß § 5 Ziffer 2 der Satzung  
(ohne Angabe der E-Mail-Adresse jeweils € 5,- höher):**

- ☒ EUR 15,- als Jugendliche/r unter 14 Jahren oder AZUBI im Reitbetrieb (Bescheinigung!)
- ☒ EUR 40,- als ordentliches Mitglied (Student/in, Schüler/in über 14 Jahre, Bescheinigung!)
- ☒ EUR 80,- als ordentliches Mitglied plus einmalige Aufnahmegebühr von EUR 125,- EUR
- ☒ ..... EUR als förderndes Mitglied

**Wir würden uns auch über die folgenden Informationen unserer Mitglieder freuen:**

Studiengang/Fakultät	
Ich habe ein eigenes Pferd bzw. eine Reitbeteiligung	<input checked="" type="checkbox"/> ein eigenes Pferd <input checked="" type="checkbox"/> Reitbeteiligung
Standort des Pferde/Reitbeteiligung	
Disziplin	<input checked="" type="checkbox"/> Dressur <input checked="" type="checkbox"/> Springen <input checked="" type="checkbox"/> Vielseitigkeit <input checked="" type="checkbox"/> Freizeit
Leistungsklasse	
Übungsleiterlizenz vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Aufmerksam geworden durch	
Interessen an folgenden Vereinsangeboten	
Besondere Kenntnisse/Fähigkeiten	

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Satzung des Vereins als bindend anerkenne und die satzungsgemäßen Zwecke und Aufgaben des Vereins unterstütze.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten gem. DSGVO einverstanden (bitte ankreuzen): JA ☒

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in / Erziehungsberechtigte

Anlage: Einzugsermächtigung

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Zahlungsempfänger	Akademischer Reitclub Bonn e.V.
Gläubiger- Identifikationsnummer	DE10ZZZ00000092812
Mandatsreferenz (wird vom Empfänger eingetragen)	
SEPA-Lastschriftmandat	Ich weise mein Kreditinstitut an, die vom Akademischen Reitclub Bonn e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung.
Zahlungsart	Jährlicher Mitgliedsbeitrag
Name Kontoinhaber/in	
Anschrift Kontoinhaber/in (falls abweichend zu Mitglied)	
IBAN	
BIC	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhaber/in