



Reit- und Fahrverein „Herzogstadt Celle“ e.V.  
Ackerstraße 6, 29223 Celle

Bitte nicht ausfüllen!  
MG-Nr:  
 gespeichert  
 gelöscht  
Datum: \_\_\_\_\_

### **Aufnahmeantrag**

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich bitte um Aufnahme in den **Reit- und Fahrverein Herzogstadt Celle e. V.**

**Abteilung:**  **Reiten**     **Voltigieren**     **Ponyclub**     **geführtes Ponyreiten**  
 **Ponyabteilung**     **Turniermitgliedschaft**     **passive Mitgliedschaft**  
 **aktive Mitgliedschaft**     **Hobby Horsing**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

zum \_\_\_\_\_.

Eintrittsdatum

Die Satzung des Vereins und die Preisliste habe ich gelesen und erkenne sie mit Abgabe meiner Unterschrift an. Gesetzliche Vertreter haften für die Beiträge ihrer Kinder! **Bitte beachten Sie besonders, dass ab dem 14. Geburtstag Arbeitsdienst zu leisten ist!**

Dem Verein wird die Erlaubnis erteilt, Foto- und Filmaufnahmen anzufertigen und diese Aufnahmen im Zusammenhang mit der Vereinsarbeit, für die Öffentlichkeitsarbeit und für die Dokumentation, analog und digital, zu verwenden.

Datenschutzhinweis: Der Verein erhebt ausschließlich Daten, die für die Erfüllung der Vereinsaufgaben erforderlich sind und verarbeitet diese gemäß Datenschutzgrundverordnung. Unsere Datenschutzhinweise finden Sie auf [www.reitverein-herzogstadt-celle.de](http://www.reitverein-herzogstadt-celle.de) und als Aushang in der Reithalle.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller bzw. Erziehungsberechtigter

#### **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den Reit- und Fahrverein Herzogstadt Celle e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Reit- und Fahrverein Herzogstadt Celle e. V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name des Kontoinhabers:** \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers