



# SEPA-Lastschriftmandat (S.1)

## für Änderungen oder zur Anmeldung einer weiteren Person

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000832948

Telefon: 06 21 - 67 89 93  
Telefax: 06 21 - 6 29 79 12  
Bürozeiten: Mo - Do 8:00 - 13:30  
Email: reiterhof-kinderhilfe@web.de  
[www.reiterhof-kinderhilfe.de](http://www.reiterhof-kinderhilfe.de)

### Name des Mitglieds:

muss mit Kontoinhaber übereinstimmen!

**Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_

**Teilnehmer /in:** \_\_\_\_\_  
für den/ die dieses Formular ausgefüllt wird.

**Mitgliedsbeitrag:**  **1x jährlich 60,00 €**

**Hippotherapie:**  **Jahrespauschale 880,00 €**  
 **Monatliche Zahlung 75,00 €**

**Mini-Voltigieren:**  **Jahrespauschale 620,00 €**  
 **Monatliche Zahlung 55,00 €**

**Voltigieren:**  **Jahrespauschale 310,00 €**  
 **¼ Jahresrate 80,00 €**

**Reiten:**  **Jahrespauschale Kinder u. Jugendliche 420,00 €**  
 **¼ Jahresrate 110,00 €**  
 **Jahrespauschale Erwachsene 470,00 €**  
 **¼ Jahresrate 125,00 €**

## **SEPA-Lastschriftmandat (S.2)**

Ich ermächtige den Reiterhof Kinderhilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Reiterhof Kinderhilfe 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.

### **Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**

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

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

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

### ***Kontoinhaber und Mitgliedsname müssen übereinstimmen!***

Sollte mein Konto zum Zeitpunkt der Beitragseinziehung nicht die erforderliche Deckung aufweisen oder dieses Konto nicht mehr bestehen und entstehen dem Verein durch die Zahlungsverweigerung des kontoführenden Instituts Kosten, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Reiterhof Kinderhilfe e.V.	Bankverbindung: Sparkasse Vorderpfalz Ludwigshafen IBAN: DE90 5455 0010 0193 4007 69 BIC: LUHSDE6AXXX	Vorstand: 1. Vorsitzende: Dr. Wilhelma Metzler 2. Vorsitzender: Thomas Heringer Kassenwartin: Katrin Schürmann Schriftführerin: Carolin Angeli Beisitzer: Werner Appel
Registergericht: Amtsgericht Ludwigshafen VR 1041		

