

BEITRITTSERKLÄRUNG



**Hiermit erkläre/n ich/wir den Beitritt meiner/unsere(r) Familie zur
KINDERHILFE e.V.
in Rheinhessen und Vorderpfalz
zur Förderung körperbehinderter Kinder und Jugendlicher
in 67071 Ludwigshafen am Rhein
Spreeallee 3, Telefon 0621-678993, Fax 0621-6297912
Sparkasse Vorderpfalz, Filiale Ludwigshafen Oggersheim
IBAN: DE90 5455 0010 0193 4007 69 BIC: LUHSDE6AXXX**

zum _____

Name u. Vorname (der Eltern / des Erziehungsberechtigten)*: _____

Straße u. Hausnummer*: _____

PLZ/Wohnort*: _____

Telefon*: _____

E-Mail*: _____

Beruf: _____

* Pflichtfelder

Name, Vorname des aktiven Teilnehmers / Kindes	Geburts- datum	Hippo- therapie*	Voltigieren m.I.*	Voltigieren o.I.	Reiten m.I.*	Reiten o..I.

m./o. I.: mit oder ohne Indikation

* Arzt: _____

* Krankenkasse: _____

Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt lt. Beschluss der Mitgliederversammlung **60,00 €** jährlich. Der Mitgliedsbeitrag ist unabhängig von Leistungsbeiträgen, wie z. B. Reitbeitrag, zu entrichten. Der Mitgliedsbeitrag sowie die Jahrespauschalen sind jährlich zum 01. März fällig.

Tritt ein Mitglied nach dem ersten Quartal bei, ist der erste Jahresbeitrag oder die Jahrespauschale binnen zwei Wochen zu entrichten. Als Geschäftsjahr gilt das Kalenderjahr. Monatliche Zahlungen sind jeweils zum 1. des Monats fällig. Quartalsmäßige Zahlungen sind jeweils zur Mitte des Quartals am 1. des Monats fällig (sollte die Inanspruchnahme der Leistung in der Mitte des Quartals beginnen, ist der Betrag erstmalig binnen zwei Wochen zu entrichten).

Der Einzug der Beiträge erfolgt zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen.

Pro Jahr sind **3 Arbeitsstunden** zu leisten oder **48,00 €** zu bezahlen. Bei ärztlicher Zuweisung durch ausgefüllten Untersuchungsbogen können Arbeitsstunden freiwillig geleistet werden.

Bitte beachten Sie unsere beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Hippotherapie:

- Einzelabrechnung** 32,00 € pro Therapie
- Jahrespauschale 880,00 €
- Monatliche Zahlung 75,00 €
- ½ Jahrespauschale 540,00 € (oder 6 x 92,00 €)
Fälligkeit und Einzug nach Vereinbarung

Mini-Voltigieren:

- Jahrespauschale 620,00 €
- Monatspauschale 55,00 €

Voltigieren:

- Jahrespauschale 310,00 €
- ¼ Jahresrate 80,00 €

**** zu spät oder nicht
abgesagte Termine /
Reitstunden werden
berechnet!!!**

Heilpädagogischer

Einzelunterricht: 10 er Karte ** 300,00 €

Reiten:

- Reitkarte** Kinder/Jugendliche 130,00 €
- Reitkarte** Erwachsene 150,00 €

- Jahrespauschale Kinder u. Jugendliche 420,00 €
- ¼ Jahresrate 110,00 €

- Jahrespauschale Erwachsene 470,00 €
- ¼ Jahresrate 125,00 €

- Longenunterricht 10er Karte 200,00 € / 220,00 €

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen von beiden
Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000832948

Mandatsreferenz: wird Ihnen separat per E-Mail mitgeteilt

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 und BIC: _____

Konto-Inhaber 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