



Telefon: 06 21- 67 89 93  
Telefax: 06 21-6 29 79 12  
e-mail: reiterhof-kinderhilfe@web.de  
www.reiterhof-kinderhilfe.de

## SEPA-Lastschriftmandat (S.1)

### für Änderungen oder zur Anmeldung einer weiteren Person

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000832948

**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 €**

Reiterhof Kinderhilfe e.V., Bankverbindung: Sparkasse Vorderpfalz Filiale Ludwigshafen Oggersheim  
IBAN: DE90 5455 0010 0193 4007 69 BIC: LUHSDE6AXXX

Bürozeiten: montags- donnerstags von 9-12 Uhr, Registergericht: Amtsgericht Ludwigshafen, Registernummer VR 1041

1. Vorsitzende: Dr. Wilhelma Metzler, 2. Vorsitzender: Thomas Heringer, Kassenwartin: Katrin Schürmann,

Schriftführerin: Carolin Angeli, Beisitzer: Werner Appel,

Steuernummer: 27/662/01332



## 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

