



Geschäftsstelle: Tom Gruber, Seeweg 20, 77797 Ohlsbach – Tel.: 07803-9288748

**Registrierungsformular**  
für die Mitgliedschaft im  
Bundesverbandes für therapeutisches Reiten und tiergestützte  
Therapien

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft als:

- Mitglied (Person) Beitrag 50,00 € jährlich
- Kooperationspartner Beitrag 50,00 € jährlich
- Institut Beitrag 100,00 € jährlich

Für eine Neumitgliedschaft wird eine einmalige Aufnahmegebühr von 20 € erhoben, die mit dem ersten Jahresbeitrag eingezogen wird.

Ich bin damit einverstanden, dass nachfolgende Daten von mir veröffentlicht werden können. Ich wurde darüber unterrichtet, dass nur Mitglieder des Bundesverbandes auf diese, als Werbung zu verstehenden, Website des Bundesverbandes aufgenommen werden.

Es werden nur Anträge mit ausgefülltem SEPA-Lastschriftmandat angenommen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Bedingungen an.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Nachname/Vorname	
*Straße/Hausnummer	
*PLZ/Ort	
*Email	
*Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)	
*Geburtsdatum	
Eigene Website URL	

<b>Name Institut</b> (Falls Anmeldung als Institut)	
<b>Beruf</b>	

<b>*Ausbildungsgang</b>	
<b>Besonderheiten</b>	

**\* Felder sind Pflichtfelder! Bitte füllen sie so viele Felder wie möglich aus, es hilft ihnen sich und ihren Betrieb besser darzustellen.**

**Bitte senden sie den ausgefüllten Antrag und Sepa-Lastschriftmandat per Post an:**

**Geschäftsstelle: Tom Gruber, Seeweg 20, D-77797 Ohlsbach**

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Bundesverband für therapeutisches Reiten und tiergestützte Therapien e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Hanauer Str. 14

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

D-77731 Willstätt

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE29ZZZ00001276743

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**