



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt (gem.Satzung) zum RFV

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Verheiratet seit: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Beitrag : __ Einzelmitgliedschaft 18,- € / Jahr oder __ Familienmitgliedschaft 25,- € / Jahr

Die Mitgliedschaft kann jeweils zum 31.12. mit einer Kündigungsfrist von 4 Wochen beendet werden.

Bei Familienmitgliedschaft bitte alle Familienmitglieder (Ehegatte/Kinder) angeben:

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Durch meine Mitgliedschaft beim RFV stimme ich der Veröffentlichung von Bildern und Namen in Print- und Telemedien, sowie elektronischen Medien zu.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den RFV den jährlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

IBAN _____

Konto-Inhaber _____

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Bank keine Verpflichtung den Auftrag auszuführen. Etwaige Rückbuchungskosten können dem Kontoinhaber weiterbelastet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers