

ANTRAG – KURSWECHSEL /

BEENDIGUNG VEREINSMITGLIEDSCHAFT/ KURSE/ THERAPIE



HIERMIT BEANTRAGE ICH ALS VERTRAGSPARTNER:IN

für mich

für mein Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

WECHSEL ZU ZUSÄTZLICH AB DEM __. __. 20__

BEITRAG zzgl. zum
Mitgliedsbeitrag

<input type="checkbox"/> Freizeit-Voltigieren	01. __. 20__	monatlich 35 Euro
<input type="checkbox"/> Turnier-Voltigieren	01. __. 20__	monatlich 50 Euro
<input type="checkbox"/> Einzel-Voltigieren	01. __. 20__	monatlich 40 Euro
<input type="checkbox"/> Reiten 1 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> mit Reitunterricht in der Gruppe	01. __. 20__	monatlich 45 Euro monatlich 60 Euro
<input type="checkbox"/> Reiten 2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> mit Reitunterricht in der Gruppe	01. __. 20__	monatlich 70 Euro monatlich 85 Euro
<input type="checkbox"/> Reitbeteiligung <input type="checkbox"/> mit Reitunterricht in der Gruppe	01. __. 20__	monatlich 100 Euro monatlich 115 Euro
<input type="checkbox"/> Therapeutisches Reiten <input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung mit dem Pferd	01. __. 20__	28 Euro pro Termin 45 Euro pro Termin

BEENDIGUNG VEREINSMITGLIEDSCHAFT AB DEM __. __. 20__

BEENDIGUNG KURS/THERAPIE ZUM __. __. 20__

<input type="checkbox"/> Freizeit-Voltigieren	01. __. 20__
<input type="checkbox"/> Turnier-Voltigieren	01. __. 20__
<input type="checkbox"/> Einzel-Voltigieren	01. __. 20__
<input type="checkbox"/> Reiten 1 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> mit Reitunterricht in der Gruppe	01. __. 20__
<input type="checkbox"/> Reiten 2 mal wöchentlich <input type="checkbox"/> mit Reitunterricht in der Gruppe	01. __. 20__
<input type="checkbox"/> Reitbeteiligung <input type="checkbox"/> mit Reitunterricht in der Gruppe	01. __. 20__
<input type="checkbox"/> Therapeutisches Reiten <input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung mit dem Pferd	01. __. 20__

Kündigungsfristen:

Bis zum 15. eines Monats
zum Monatsende

VERTRAGSPARTNER:IN (bei Minderjährigen die/der Erziehungsberechtigte)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Telefon

Datum / Unterschrift Vertragspartner:in

BESTÄTIGUNGSVERMERK

__ . __ . 20__

Mitgliederservice RVI

Seite 1 von 1