

Aufnahmeantrag Hippotherapie

Familienname:	
Vorname:	
Straße u. Hausnummer:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Tel-Nr.:	
Mobilnummer:	
Fax-Nr.:	
e-mail:	
Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in:	ja () nein ()
Eintrittsdatum:	
Aktives Mitglied Hippotherapie:	()
Fördermitglied Erziehungsberechtigter Therapie:	()
	15€
Fördermitglied:	60€ ()
Fördermitglied Familie 2 Mitglieder	90€ ()

Bei Kindern und Jugendlichen muss ein Erziehungsberechtigter Mitglied sein.

Unterschrift des Mitglieds: _____

Name und Anschrift des Erziehungsberechtigten:

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____

Ermächtigung zum Einzug von Lastschriften:

Hiermit ermächtige ich das TPZ Birkenhof – Grunbach e.V., widerruflich, die zu entrichtenden Zahlungen des TPZ Birkenhof e.V. betreffend, zu Lasten meines nachfolgenden Kontos mittels Lastschrift abzubuchen.

Bei Nichteinlösung der Lastschrift wird eine Bearbeitungspauschale von 15,- € erhoben.

Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
Kontonummer:	
Bankleitzahl:	

Ort, Datum und Unterschrift(Kontoinhaber): _____