



Anmeldung Pony-Rallye 19.04.2022

In diesem Jahr veranstalten wir in den Osterferien eine geführte Pony-Rallye für Kinder von 6-10 Jahren. Reiterfahrung ist keine Bedingung zur Teilnahme. Gemeinsam mit unseren Ponys werden wir Rätsel lösen, Abenteuer erleben und vieles über unsere vierbeinigen Freunde lernen.

Bitte geben Sie hier mit Priorität 1,2 oder 3 an, an welchem Termin Ihr Kind teilnehmen möchte. Entsprechend der Nachfrage vergeben wir 6 Plätze pro Termin. Wir bemühen uns Ihre erste Priorität zu erfüllen, kreuzen Sie jedoch bitte nur Termine an, die Sie wahrnehmen können.

- 09:30 - 11:30 UhrPrio
- 13:00 - 15:00 UhrPrio
- 16:00 - 18:00 UhrPrio

Name des Kindes

Geburtsdatum

Größe und Gewicht des Kindes (wichtig für die passende Pferdewahl)

Name d. Erziehungsberechtigten

Adresse (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Telefon festnetz/ mobil

Email

weitere Notfalltelefonnummern

Mein Kind hat bereits Pferdeerfahrung:

- nein
- ja, (reitet wie lange)

Die Teilnahmegebühr von 55,- € werden wir zum 15.04.2022 von ihrem Konto mittels SEPA-Lastschriftverfahren einziehen.

Bitte füllen Sie dafür das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat aus. Ohne dieses können wir die Anmeldung nicht entgegen nehmen.

Anmeldefrist ist der 05.04.2022

Datum, Ort und Unterschrift(en)



SEPA-Lastschriftmandat

Reittherapiezentrum Spatzenscheune Altenhain e.V.
Langstr. 57
65812 Bad Soden

Gläubiger-Identifikationsnummer DE93ZZZ00002473832
Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT
SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige das Reittherapiezentrum Spatzenscheune Altenhain e.V. hiermit jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines unten angegeben Girokontos per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN).

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

_____ Kreditinstitut (BIC)

DE _____ | _____ | _____ | _____ | _____ IBAN

Kontoinhaber, falls abweichend vom oben angegebenen Namen

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine

Verpflichtung zur Einlösung. Durch Rücklastschriften entstehende Kosten gehen zu meinen Lasten.

Datum, Ort und Unterschrift(en)