TRaB e.V. Mitgliedschaftsantrag für aktive Mitglieder

Mitglied im Verband der Reitpädagogen im Großraum München werden

Wie werden Sie Mitglied beim TRaB e.V.?

Sie können aktives Mitglied werden, wenn Sie im Bereich der Reittherapie/Reitpädagogik arbeiten. Dazu benötigen Sie folgende Nachweise über:

- Abgeschlossenen pädagogisch/psychologisch/therapeutisch/rehabilitativen Grundberuf
- Reiterlichen Nachweis/Longier Nachweis
- Zusatzausbildung zum Reittherapeuten/Reitpädagogen
- Sachkundenachweis und Betriebserlaubnis (siehe zuständiges Veterinäramt)

Sie füllen den Mitgliedsantrag für aktive Mitgliedschaft, den SEPA-Lastschrifteinzug und die Datenschutzerklärung aus und schicken ihn per Post oder online unterschrieben an uns zurück.

Wenn alle Unterlagen geprüft sind, vereinbaren wir einen Besuchstermin auf Ihrem Hof mit einem Vorstandsmitglied, das auch Ihr Ansprechpartner ist.

Dann begrüßen wir Sie offiziell als neues aktives Mitglied. Sie haben dann folgende Vorteile:

- Zugang zum Mitglieder Bereich der Homepage mit allen Nachrichten des TRaB e.V.
- Fortbildungen, die vom TRaB e.V. angeboten werden, sind für Sie kostenlos
- Aufnahme in die Liste der Therapiebetriebe und verlinken Ihrer Hofhomepage
- Umfassende informelle Unterstützung bei der Ausübung Ihrer reitpädagogischen Tätigkeit in allen Bereichen durch die Geschäftsstelle des TRaB e.V.
- Kostenlose Anzeigen auf der Homepage des TRaB e.V.
- Mitgliederversammlung des TRaB e.V. im ersten Quartal jedes Jahres

Um all diese Vorteile zu erhalten und die berufliche Qualität zu sichern verlangen wir von jedem aktiven Mitglied jährlich eine reiterliche und eine pädagogische Fortbildung als Nachweis.

Diese können beim TRaB e.V. absolviert werden, oder es kann jede andere fachbezogene Fortbildung aus Ihren anderen fachbezogenen beruflichen Bereichen oder Fortbildungen eingereicht werden.

Sie wollen doch lieber passives Mitglied werden? Jetzt Antrag für passive Mitgliedschaft herunterladen!

Ja, ich möchte aktives Mitglied für 80,00 € pro Jahr werden im TRaB e.V. (Therapeutisches Reiten als Behandlung e.V.) - Verband der Reitpädagogen im Großraum München e.V.

Persönliche Daten

_____ _____

Vor- und Nachname Geburtsdatum

_____ _____

Straße und Hausnummer Adresszusatz

_____ _____

PLZ Ort

_____ _____

Mobiltelefon Festnetz Telefon

_____

E-Mail-Adresse

Mitgliedschaft

Bei aktiver Mitgliedschaft sind folgende Unterlagen beizulegen:

- Reitabzeichen RA 4 oder vergleichbare Abschlüsse (z.B. Westernreiten, Gangpferdereiten)
- Nachweis über Longierkurs
- Nachweis über Bodenarbeit (kann in der Ausbildung integriert sein)
- Nachweis über pädagogischen/psychologischen/rehabilitativen Grundberuf
- Nachweis über reitpädagogische/reittherapeutische Zusatzausbildung
- Mit eigenen Pferden: Sachkundenachweis §11 und Betriebserlaubnis

Therapiebetrieb

Falls Sie als Reitpädagoge/Reittherapeut aktiv tätig sind, füllen Sie bitte folgende Daten über Ihren Betrieb oder den Betrieb, auf dem Sie mitarbeiten, aus.

Die aktive Mitgliedschaft im TRAB e.V. erfordert laut Satzung die Erfüllung und Einhaltung der anhängigen Statuten. **Der Vorstand prüft in einem persönlichen angesagten Besuch den Therapiebetrieb und die von Ihnen gemachten Angaben.**

_____ _____

Name des Therapiebetriebs Website

_____ _____

Straße und Hausnummer Adresszusatz

_____ _____

PLZ Ort

Angebotene Therapieform(en)

Welche Therapieformen bieten Sie im Rahmen der Reittherapie/Reitpädagogik an?

_____

Art der Ausübung

◯ Selbständig ◯ Angestellt

Anstellungsträger bei dem Sie **angestellt** arbeiten

_____

Wenn Sie **selbständig** arbeiten: Liegen folgende Nachweise vor?

◯ Sachkundenachweis für Pferdehaltung

◯ Betriebserlaubnis vom Veterinäramt

Mit wie vielen Pferden arbeiten Sie?

Eigene Pferde: _____

Geliehene Pferde: _____

Ist der Betrieb von einem Kostenträger im Rahmen des Kostenübernahmegesetzes anerkannt?

◯ Jugendamt ◯ Bezirk

◯ Andere Kostenträger ◯ Nicht anerkannt

Mit welchen Kostenträgern arbeiten Sie zusammen?

_____

Ist die Therapie auf eine bestimmte Klientel begrenzt?

_____

Bietet der Betrieb auch Hippotherapie oder sonstige Reitkurse an (wenn ja, welche)?

_____

Infrastruktur

Welche der folgenden Ausstattungen sind in dem Betrieb, auf dem Sie Ihr Reitpädagogik/Reittherapie Angebot betreiben, vorhanden?

- ◯ Möglichst ebenerdiger, beheizbarer Warteraum
- ◯ Sanitäre Anlagen (mindestens WC und Waschgelegenheit) mit Klienten gerechtem Zugang
- ◯ Vollständige Erste – Hilfe – Ausrüstung mindestens nach DIN 13157
- ◯ Therapiegeeigneter Reitplatz Abmessungen: _____
- ◯ Reithalle Abmessungen: _____

Versicherungen

Welche therapiebezogenen Versicherungen wurden für Ihre Tätigkeit abgeschlossen?

- ◯ Tierhalterhaftpflichtversicherung
- ◯ Reitpädagogen/Reittherapeutenversicherung
- ◯ Reitlehrer bzw. Hilfsreitlehrerversicherung
- ◯ Subsidiär Versicherung für den Einsatz der Pferde in der Therapie
- ◯ Betriebshaftpflichtversicherung
- ◯ Berufsgenossenschaft (BGW)
- ◯ Andere Versicherungen gemäß folgender Angabe

_____

_____

Therapie

Finden regelmäßige schriftliche Aufzeichnungen im Sinne einer Vor- und Nachbereitung der Therapiestunden statt?

◯ Ja ◯ Nein

Werden Praktikanten zur Ausbildung genommen, wenn ja aus welchen Bereichen?

◯ Ja ◯ Nein

_____

Kostenrahmen

Welcher Kostenrahmen wird für Therapiestunden veranschlagt?

Einzelstunde 45 Min. _____ €

Einzelstunde 60 Min. _____ €

Zweiergruppe pro Person _____ €

Größere Gruppe pro Person _____ €

Andere Zeiteinteilung _____ pro Person _____ €

Gibt es Ermäßigungsmöglichkeiten und falls ja welche? (z.B. Vereinsmitgliedschaft, Geschwisterrabatt, etc.)

_____

_____

Werden Sie von einem Förderverein unterstützt?

_____

Abschlusserklärung

- ◯ Die Vereinssatzung des TRaB e.V. wurde mir ausgehändigt, ich habe sie vollständig
  gelesen und ich erkenne diese an.

- ◯ Die Statuten des TRaB e.V. wurden mir ausgehändigt, ich habe sie vollständig gelesen und ich erkenne diese an.

- ◯ Die Datenschutzerklärung wurden mir ausgehändigt, ich habe sie vollständig gelesen und ich stimmt dieser zu.

Mit der Aufnahme in den TRaB e.V. wird der vereinbarte Beitrag von 80,00 € pro Jahr im Lastschriftverfahren eingezogen.

- ◯ Ein unterschriebenes SEPA-Mandat lege ich dem Mitgliedsantrag bei.

Der Vertrag zur Jahresmitgliedschaft läuft pro Kalenderjahr. Im ersten Jahr ist bei Eintritt in der zweiten Jahreshälfte nur ein halber Beitrag zu entrichten.

Wird die Mitgliedschaft nicht bis spätestens drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres gekündigt, so verlängert sich diese automatisch um 12 Monate.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger
<->
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
TRaB e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Bahnhofstr. 24

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
83128 Halfing

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE61ZZZ00001280920

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*
* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
03.11.2025

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: