

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Schützenverein 1848 e.V. Großenlүder als

ordentliches / außerordentliches Mitglied.

Vorname, Name	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Telefon	
Mobil	
Fax	
E-Mail	

Durch meine untenstehende Unterschrift erkenne ich die gültigen Satzungen und Ordnungen des Schützenvereins 1848 e.V. Großenlүder sowie seiner Abteilungen als verbindlich an. Die Satzung und Ordnungen können jederzeit bei den Vorsitzenden des Vereins eingesehen und abgeholt werden. Mit meiner Unterschrift stimme ich der zweckgebundenen Datenspeicherung und Datenweitergabe im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung zu.

<u>Aufnahmegebühren</u>		<u>Mitgliedsbeiträge</u>	
Kinder bis 11 Jahre	Frei	Beitrag normal	60,-- €
Jugendliche bis 15 Jahre	15,-- €	Beitrag Ehepartner	30,-- €
Jugendliche bis 18 Jahre	25,-- €	Zzgl. Königsschuss Erwachsene	8,-- €
Volljährige bis 20 Jahre	75,-- €	Jugendliche bis Ausbildungsende	30,-- €
Erwachsene ab 21	150,-- €	Zzgl. Königsschuss Jugendliche	3,-- €

Der Beitragseinzug erfolgt gemäß §7 Abs. 2 der Satzung, soweit die Mitgliederversammlung nichts anderes festlegt.

Ort

Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen sind zusätzlich die Unterschriften der gesetzliche Vertreter notwendig)

Eingang beim Vorsitzenden	
Aufnahme in den Verein	

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
 für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

 Schützenverein 1848 e.V. Großenlüder
 Zabershöfer Weg 6
 36137 Großenlüder

 Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
 DE33ZZZ00000027699

 Mandatsreferenz
 Mitgliedsnummer
SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Schützenverein 1848 e.V. Großenlüder

Zahlungen von meinem /unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Schützenverein 1848 e.V. Großenlüder

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹IBAN
DE

Ort, Datum

Großenlüder,

Unterschrift

¹Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt