

Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg

Geschäftsstelle:
Vilbeler Straße 13b
61381 Friedrichsdorf



Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied in die Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg und erkläre ausdrücklich, dass ich die in der Satzung niedergelegten Aufnahmebedingungen anerkenne und die dort aufgezeigten Grundsätze nach besten Kräften unterstützen werde.

Ich verpflichte mich, bei anfallenden Arbeiten (Heimat- und Schützenfest, Instandhaltung der Schießstände) zu helfen (ca. 15-20 Stunden pro Jahr).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet werden.

Änderungen der Adresse oder sonstige Änderungen (insbes. Bankverbindung und e-mail) gebe ich der Geschäftsstelle unverzüglich bekannt.

BITTE DEUTLICH UND IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum (tt-mm-jjjj)

Telefon

Beruf

e-mail

Eintrittsdatum (tt-mm-jjjj)

Unterschrift
bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Ort, Datum

Der folgende Abschnitt ist vom Schriftführer auszufüllen

Aufnahme bestätigt am: _____

Mitgliedsnummer: _____

Beitrag € _____

Wettkampfklasse: _____

SEPA Mandat erteilt _____

Daten erfasst _____

Bankverbindung der Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg

Kontonummer: 48 097 405

IBAN: DE91 5125 0000 0048 0974 05

Bankleitzahl: 512 500 00

BIC: HELADEF1TSK

Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg

Geschäftsstelle
Vilbeler Straße 13b
61381 Friedrichsdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer
DE89ZZZ00001433967



SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg, alle bestehenden und künftigen Forderungen von meinem nachfolgend genannten Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut (kontoführende Stelle) an, die aufgrund dieses Mandates auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/Kontoinhaberin (Name)

(Vorname)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC (kann im Inland entfallen)

IBAN (Name)

Land

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Name, Vorname (sofern Abweichend vom Kontoinhaber/Verfügungsberechtigten)