

Zimmerstutzen - Schützengesellschaft Lichtenfels von 1862 e.V.

Mitglied des Bayrischen und Deutschen Sportschützenbundes

Angeschlossen dem Gau Nord



Aufnahmeantrag als Mitglied

(Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Beruf

Telefon

E-Mail Adresse

Sind Sie schon Mitglied eines Schützenvereins ? ja nein

Wenn ja, bitte Stammverein angeben: _____

Mit dem Gesuch um Aufnahme erkennt der Antragsteller die Satzung an. Kündigungen können nur schriftlich zum Jahresende ausgesprochen werden. Adressänderungen und Änderungen der Bankverbindung sind bekannt zu geben.

Datenschutz: Die erhobenen Daten werden ausschließlich zu Vereinszwecken elektronisch gespeichert.

Im Zuge des Mitgliedermeldeverfahrens werden obige Daten an die Dachorganisation (BSSB und DSB) weitergeleitet.

Eintrittsdatum

Unterschrift

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten* bei Aufnahme Minderjähriger gem. §27 Waffengesetz.

Ich/wir erkläre(n) mich/uns einverstanden, dass mein(e)/unser(e) Sohn/Tochter am Schiessbetrieb der ZSTSG Lichtenfels teilnehmen darf.

Datum

Name/Vorname

Unterschrift

Datum

Name/Vorname

Unterschrift

*) Alleinerziehungsberechtigte haben den Nachweis des alleinigen Sorgerechts vorzulegen!

**Erteilung einer Einzugsermächtigung
und eines SEPA-Lastschriftmandats**

Name des Zahlungsempfängers:

Zimmerstutzen-Schützengesellschaft Lichtenfels von 1862 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Siedlerstraße 12, Postfach 1150, 96201 Lichtenfels

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE67ZZZ00000090719

Mandatsreferenz:

Die Mandatsreferenz ist die **Mitgliedsnummer**.

Die Erstvergabe erfolgt bei Neuanschreibung und erscheint im Lastschrifttext.

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen die Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA - Lastschriftmandat:

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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Mitglied):

Name und Anschrift des Zahlenden (Kontoinhaber):

Name und Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen

BIC des Kreditinstituts:

Bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen

Ort:

Datum:

Unterschrift (en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.