



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der
Schützengesellschaft e.V. 1905 Burgkunstadt

Name , Vorname :
Geb.am: Tel.: e-mail :
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort :

Ich bin bereits Mitglied in einem anderen Schützenverein ja nein
Wenn ja, in welchem :
Ich besitze bereits eine WBK grün oder gelb. ja nein

JAHRESBEITRAG:	Waffenbesitzkarteninhaber	62,70 €uro
	Mitglieder ohne WBK	47,30 €uro
	Schüler bis einschl. 14.Lebensjahr	9,50 €uro
	Jugendliche bis einschl. 21.Lebensjahr	18,50 €uro

Vorankündigung :

Der Beitrag wird jeweils zum 1.Februar eines Jahres, bzw.am darauf folgenden
Werktag eingezogen. 10€ Gutschrift ab 10 Stunden Arbeitsdienst pro Jahr.
Ausgenommen Kinder und Jugendliche.

Datenschutzerklärung :

Der Unterzeichner erklärt sich damit einverstanden das seine personenbezogenen Daten
Auf Vereins bzw. Verbandsebene gespeichert und verarbeitet werden, jedoch nur für
Vereins oder Verbandszwecke.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Schützengesellschaft e.V.1905
Burgkunstadt an.

Burgkunstadt, den Unterschrift

Bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Schützengesellschaft e.V. 1905 Burgkunstadt

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Kommerzienrat-Riexinger Weg 16

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

96224 Burgkunstadt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE-97 ZZZ 000 001 105 49

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

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

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

Ort / Location:

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

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