



Schützenverein Waidmannsheil e.V.
- seit 1909 -
Am Sportplatz, 64404 Bickenbach
Mitglied des Hessischen Schützenverbandes e.V.

Aufnahmeantrag

(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ / Wohnort:
Telefon:
Email:

die Aufnahme in den Schützenverein Waidmannsheil e.V. ab dem:

Mitglieds-Nr......

Aufnahmegebühr einmalig 60,00 €

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Erwachsene Mitglieder 65,00 €
- Rentner 60,00 €
- Ehepartner 120,00 €
- Jugendliche Mitglieder bis 16 Jahre 27,00 €
- Schüler, Studenten und Auszubildende über 16 Jahre 27,00 €

Für die Nutzung der Schießstände ist ein gesondertes Entgelt zu leisten. Die Gebühr ist dem Aushang im Schützenheim zu entnehmen.

Der Einzug des Mitgliedsbeitrages erfolgt zum 31.3. des laufenden Jahres.

Ort, Datum Unterschrift

.....
(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Schützenverein Waidmannheil e.V.
Schützenheim am Waldsportplatz
64404 Bickenbach

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE29ZZZ00000909404

Ich ermächtige den Schützenverein Waidmannheil e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein Kreditinstitut an die vom Schützenverein Waidmannheil e.V. Schützenheim am Waldsportplatz 64404 Bickenbach auf meinem Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Die Mandatsreferenz-Nr. ist die Mitgliedsnummer.

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Zahlung von Mitgliedsbeiträgen. Höhe können Sie dem mit Ihnen geschlossenen Mitgliedsvertrag entnehmen bzw. im Versammlungs-Protokoll zu einem Neubeschluss der Mitgliederversammlung.

Ich kann innerhalb von acht Wochen vom Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Lastschrift erfolgt zum 31.3. des laufenden Jahres.

Name:

Straße:

Ort:

IBAN

BIC

Bickenbach, den

Unterschrift: