

Schützenverein Atter von 1854 e.V.

-Eintrittserklärung-

Name, Vorname (Antrag bitte **deutlich** in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Straße _____ Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Festnetztelefon _____ Mobiltelefon _____

Mailadresse _____ @ _____

Geburtsdatum _____ bisherige Mitgliedschaft in einem Schützenverein?

Wenn ja, von _____ bis _____ Verein: _____

Die monatlichen Beiträge betragen für Erwachsene **7,00 €**, für Ehepaare **12,50 €**, für Rentner und Schüler (mit Nachweis) **5,50 €** für Kinder (bis 14 Jahre) **4,00 €**. Anfallende Kosten, Umlagen und Beiträge im Rahmen der Mitgliedschaft werden mittels des nebenstehenden Lastschriftmandats vom Konto beglichen. Ich erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten und Veröffentlichung von Bildern im Rahmen meiner Mitgliedschaft einverstanden. Für geliehenes Vereinseigentum übernehme ich die volle Haftung. Bei Verlust oder Beschädigung habe ich für den Schaden aufzukommen.

Die Vereinssatzung des Schützenverein Atter erkenne ich hiermit an. Nach Genehmigung dieses Antrages erhalte ich die Satzung auf dem Postweg.

| | |
|--|------------|
| (Ort, Datum) | Erfasst: |
| (Unterschrift, bei Jugendlichen der Erziehungsberechtigte) | Mitgl. Nr. |
| | Datum: |

Bitte ausgefüllt im Original an den Vorstand weiterleiten

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger:

Schützenverein Atter von 1854 e.V.
Präsident: Uwe Hartmann
Birkenallee 15a, 49076 Osnabrück

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE32ZZZ00000356353

Die **Mandatsreferenz** wird nach Vergabe der Mitgliedsnummer schriftlich mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **Schützenverein Atter von 1854 e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Schützenverein Atter von 1854 e.V.** 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber) _____

Straße _____ Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Name Kreditinstitut _____ (BIC) _____

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN (insgesamt 22-stellig)

(Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen)

Bitte ausgefüllt im Original an den Vorstand weiterleiten

© SG 26.08.2018