



# Schützenverein Berghaupten e.V.

Ralf Henninger, OSM, Bellenwaldstraße 22a, 77791 Berghaupten, ☎ 07803 / 600 500

E-Mail: vorstand@schuetzenverein-berghaupten.de

## Aufnahmeantrag (unter Anerkennung der Satzung) (JUGEND)

Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

Ort: .....

Telefon: .....

Geburtsdatum: .....

Email: .....@.....

Staatsangehörigkeit: .....

(Jahresgebühr Jugendliche bis 17. Jahre 15 €)

**Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Mir ist bekannt, dass die einmalige Gebühr für Neuaufnahme 15 € beträgt. Ein Austritt aus dem Verein kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis zum 30. November schriftlich dem Verein zugeht, ansonsten verlängert sich die Mitgliedschaft um ein weiteres Jahr.**

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift (Bei Jugendlichen ist die Unterschrift der Eltern erforderlich)

Berghaupten, den.....

Unterschrift Oberschützenmeister

### Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:

|                   |   |
|-------------------|---|
| Zahlungsempfänger | KKS.V. Berghaupten e.V. / Bellenwaldstr. 22a, Berghaupten IBAN: <b>DE4268290000038054902</b><br>Gläubiger-ID-Nr. <b>DE06ZZZ00000149047</b> / Mandatsreferenz-Nr.* |
|-------------------|---|

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| Kontoinhaber: | <input type="checkbox"/> Name, Anschrift wie oben |               |
|               | Name:   | Vorname:      |
|               | PLZ:  | Straße:       |
|               | Konto-Nr.   | Bankleitzahl: |
|               | IBAN:   | BIC:          |
|               | Name der Bank:                                    |               |

|   |  |
|---|--|
| Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift: | <p>Ich/Wir ermächtige/n den KKS.V. Berghaupten e.V. Zahlungen vom o.g. Konto mittels Sepa-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom KKS.V. Berghaupten e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> <p><input type="checkbox"/> Mandat gilt für einmalige Zahlung / <input type="checkbox"/> Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung</p> |
|---|--|

Ort, Datum

Unterschrift des / der Kontoinhaber

\* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.