

Aufnahmeantrag

**Schützenverein
Germania Großalbershof
ForsthoF 16
92237 Sulzbach-
Rosenberg**



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein.

Name: Vorname:

Geb.: Beruf:

Straße:

Ort:

E-Mail:

Tel.: Mobil:

Ich bin bereits Mitglied im Oberpfälzer Schützenbund: Ja Nein

Vereinsname: Vereinsnummer:

Ein Wettkampfpas soll beantragt werden: Ja Nein

Beitrittserklärung

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins weitergegeben werden dürfen. Zudem willige ich ein, dass Fotos und Videos von meiner Person im Rahmen von Veranstaltungen angefertigt und veröffentlicht werden dürfen. Voraussetzung für die Annahme der Beitrittserklärung ist die Erteilung der Einzugsermächtigung und des SEPA-Lastschriftmandats auf der nachfolgenden Seite. Kosten für Rückbuchungen, die durch falsche Bankangaben oder durch nicht mitgeteilte, veränderte Bankdaten entstehen, gehen zu Lasten des Mitgliedes. Der Jahresbeitrag kann von meinem Konto abgebucht werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

Eine Kündigung ist mit einer Frist von einem Monat zum Jahresende möglich.

Die aktuellen Jahresbeiträge finden sie auf unserer Internetseite

<http://www.germania-grossalbershof.de/>

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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: