



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage(n) ich / wir die Aufnahme in den Schützenverein Steinbrink e.V.! Die Vereinssatzung, die auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird, erkenne(n) ich / wir an. Von den nachfolgenden Aufnahme- und Beitragsbedingungen habe(n) ich / wir Kenntnis genommen. Ich / Wir erkläre(n) mich / uns damit einverstanden, daß im Rahmen der Vereinsverwaltung meine / unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden (§ 26 BDSG).

Antragsteller:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum _____ Geb.-Ort _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____ Mail: _____

Ich zahle folgenden Jahresbeitrag:

Beitragsklasse	Beitragsart	Jahresbeitrag EURO	Zutr. ankr.
A	Einzelbeitrag Erwachsene (ab 18 Jahre)	40,00,- €	<input type="checkbox"/>
RE	Alte Garde (ab 60 Jahre)	40,00,- €	<input type="checkbox"/>

**Die Kündigung der Vereinsmitgliedschaft kann nur schriftlich gegenüber dem Vorstand
Anschrift: Schützenverein Steinbrink e.V. (Jürgen Mannier) - Wölmes Kamp 1 - 31603 Diepenau erfolgen.**

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter:

Ich / wir als der / die gesetzliche/n Vertreter genehmigen hiermit den Beitritt für mein / unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit (18. Lebensjahr) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines / unseres Kindes gegenüber dem Verein.

(Unterschrift des Vaters)

Unterschrift der Mutter)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Die Entrichtung des Betrages erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig am Jahresanfang (März).

Zahlungsempfänger: Schützenverein Steinbrink vom 1911 e.V., Wölmes Kamp 1, 31603 Diepenau

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000307756

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer des neuen Vereinsmitglieds (max. 35-stellig)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Schützenverein Steinbrink von 1911 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Schützenverein Steinbrink von 1911 e.V. auf mein Konto gezogene 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 Nachname des Kontoinhabers: _____

IBAN: DE: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift