



Sportschützenverein Tarmstedt e.V.



Antrag auf Mitgliedschaft

im Sportschützenverein Tarmstedt e.V.

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ./ Wohnort _____

Telefon/ Fax – Nr.: _____

E-Mail: _____

Wenn Sie Einladungen und Vereinsinformationen per E-Mail erhalten möchten.

Sind Sie bereits Mitglied in einem anderen Schützenverein? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Verein sind Sie Mitglied? _____

Die Bedingungen der Satzung erkenne ich an und gestatte die Speicherung meiner persönlichen Daten in der EDV. Der Vereinsbeitrag wird jährlich im I. Quartal mittels SEPA-Lastschrift eingezogen. Die Mandatsreferenznummer gleicht Ihrer Mitgliedsnummer. Diese entnehmen Sie Ihrer Eintrittsbestätigung oder dem Verwendungszweck im Kontoauszug.

Ort:....., den20

Unterschrift des Antragstellers

Einverständniserklärung:

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unser Sohn/unsere Tochter an dem Übungs- und Wettkampfbetrieb des Vereins mit Luftdruckwaffen teilnehmen darf. Ab 14 Jahre erweitern wir unser Einverständnis auch auf Sportwaffen im Kaliber .22 lfb. Für Kinder unter 12 Jahre kann der Verein beim Landkreis eine Ausnahmegenehmigung von der Alterserfordernis beantragen. (siehe § 27 Abs.3 u.4 WaffG)

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

Unterschrift

Unterschrift

Bemerkungen:

Informationen über Beiträge, Vorstand, Satzung usw. finden Sie unter www.ssv-tarmstedt.de

Antrag genehmigt am20..... _____

Anlage - SEPA Lastschriftmandat

Anlage zum Antrag auf Mitgliedschaft - SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Sportschützenverein Tarmstedt e.V.
Wendohweg 20
27412 Tarmstedt

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer

DE 63 SSV 000 000 511 118

Wird vom Verein nachgetragen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den

Sportschützenverein Tarmstedt e.V.

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom

Sportschützenverein Tarmstedt e.V.

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ.: _____ Wohnort: _____

Kreditinstitut Zahlungspflichtiger

--

BIC (SWIFT-Code)

IBAN

Ort Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger