

Wispeckschützen Velburg e.V.



Am Ring 2 a, 92355 Velburg



A U F N A H M E A N T R A G

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Schützenverein „Wispeckschützen Velburg e.V.“.

Daten des Mitglieds:

Name:		Telefon-Nr.:	
Vorname:		Mobilfunk-Nr.:	
Geburtsdatum:		E-Mail Adresse:	
Straße, Haus-Nr.:			
PLZ, Ort:			

Daten des Beitragszahlers (falls abweichend):

Vorname, Name:	
----------------	--

Meine primären Interessen sind:

- Schießen mit Luftdruckwaffen
- Schießen mit scharfen Waffen
- Fördernde Mitgliedschaft

Ich bin bereits Mitglied in einem anderen Schützenverein:

Wenn ja, Name des Vereins:

Ich möchte bei den „Wispeckschützen Velburg e.V.“ geführt werden als:

- Erstmitglied
- Zweitmitglied

Die Satzung und Ordnungen der Wispeckschützen Velburg e.V. erkenne ich an.
Der jährlich zum 15. November fällige Beitrag sowie weitere im Rahmen der Vereinsaktivitäten erforderlichen Zahlungen werden eingezogen von dem im SEPA-Basislastschrift-Mandat genannten Konto. Bei Beitritten bis zum 30.06. des laufenden Jahres ist ein voller Jahresbeitrag, bei Beitritten nach dem 30.06. des laufenden Jahres ist ein halber Jahresbeitrag fällig unmittelbar nach Beitritt.

Beitragstabelle, Stand 2013				
	Alter in Jahren im Beitragsjahr			Beitrag
	von	bis		
Schüler	0	15		16,00
Jugend	16	17		22,00
Schütze	ab 18			40,00

Familienbeitrag	Für Mitgliedschaften von Ehepartnern mit mindestens einem Kind unter 16 Jahren.	70,00
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------

Ort, Datum

Unterschrift des Beitretenden

Gegebenenfalls Unterschrift(en)
des/der gesetzlichen Vertreter(s)

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschrift (SDD)

An¹

--

Gläubiger-Identifikationsnummer² (des Zahlungsempfängers)

D E

Mandat für einmalige Zahlungen

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Mandatsreferenz³ (max. 35 Stellen)

--

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogene 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.

Kontoinhaber/Zahler	
Vorname, Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort, Land	Deutschland
IBAN ⁴	BIC ⁵
D E	
Name des Kreditinstituts des Zahlers	
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers/Zahlers

Sofern es sich beim Kontoinhaber/Zahler dieses SEPA-Lastschriftmandats nicht um den Debitor/Schuldner gegenüber dem oben genannten Gläubiger handelt, gilt dieses Mandat für:

Vorname, Name	
---------------	--

¹ Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

² Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe <http://glaebiger-id.bundesbank.de>)

³ Bei fehlender Mandatsreferenz wird diese vom Gläubiger separat mitgeteilt

⁴ International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)

⁵ Bank Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code) – bei Zahlungen innerhalb Deutschlands ist die Angabe ab 01.02.2014 optional

⁶ Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. Folgenden Werktag.