



Mitgliedschaftsantrag

Hiermit stelle ich,

(Name / Vorname)

(Geburtsdatum)

(Straße / Hausnummer)

(E-mail Adresse)

(Plz)

(Wohnort)

(Telefon)

(Mobil)

(Fax)

den Antrag auf Mitgliedschaft im Schützenverein Soonwald 1969 e.V. Mengerschied.

Der derzeit gültige Jahresbeitrag beträgt:

Jugendliche bis 18 Jahre	<input type="checkbox"/>	€ 48,-
Erwachsene ab 18 Jahre	<input type="checkbox"/>	€ 72,-
Familienbeitrag	<input type="checkbox"/>	€ 125,-
Passive Mitglieder	<input type="checkbox"/>	€ 60,-

Als Mitglied des Schützenvereins Soonwald 1969 e.V. Mengerschied erklären Sie hiermit ihr Einverständnis zur Erstellung von Bildaufnahmen ihrer Personen im Rahmen von Veranstaltungen des Vereins, sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über das Vereinsleben. Das Einverständnis kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Ein Widerruf ist offiziell an ein Mitglied des Vorstandes zu richten.

(Datum)

(Unterschrift)

Bei minderjährigen Antragstellern ist die Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten erforderlich.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zum Beitritt meiner Tochter / meines Sohnes in den Schützenverein Soonwald 1969 e.V. Mengerschied sowie die Teilnahme am laufenden Schiessbetrieb.

(Datum)

(Unterschrift)

Der Schützenverein Soonwald 1969 e.V. Mengerschied erhebt den Mitgliedsbeitrag jährlich zum 01.03. jeden Jahres per SEPA-Lastschriftmandat.

Hierzu möchten wir Sie bitten das nachstehende/umseitige SEPA-Lastschriftmandat auszufüllen, zu unterschreiben und uns mit dem Antrag im Original wieder zukommen zu lassen.

Kinder (nur bei Familienmitgliedschaft)

Name: _____ geb. Datum: _____

Aufnahme / Meldung (nur vom Verein auszufüllen)

Sportbund / RSB am _____
 in die Mitgliederliste am _____
 in E-Mailverteiler am _____



Schützenverein Soonwald 1969 e.V Mengerschied, Am Südhang 37, 55490 Mengerschied

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE13ZZZ00000229334

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Schützenverein Soonwald 1969 e.V. Mengerschied, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Schützenverein Soonwald 1969 e.V. Mengerschied auf mein Konto gezogenen 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.

- Antragsteller / Ehegatte / Lebenspartner
 Erziehungsberechtigter / Mitglied / Sonstige

(Name / Vorname)

(Straße / Hausnummer)

(Plz)

(Wohnort)

(Kreditinstitut)

____-____-____|____-____
(BIC)

DE ____|____|____|____|____|____
(IBAN)

(Datum)

(Unterschrift)

Aufnahme ins (nur vom Verein auszufüllen)

SEPA-Lastschriftverfahren am _____
