



Schützenverein Eitze e.V.

27283 Verden, Weitzmühlener Straße 120a, Tel.04231/62047

Beitrittserklärung für den Schützenverein Eitze e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Schützenverein Eitze e.V.** unter gleichzeitiger Anerkennung der Satzung und der sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten. (Die aktuelle Vereinssatzung ist unter <http://eitze.de> einzusehen.)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsort: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

eMail-Adresse: _____ @ _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten vom Verein zur Erfüllung seiner Mitgliederverwaltung auf Datenträger erfasst und verarbeitet werden. Die DSGVO wird beachtet. Ein Lichtbild für einen Mitgliedsausweis füge ich diesem Antrag bei, bzw. werde ich nachreichen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Erklärung der Erziehungsberechtigten (nur bei Minderjährigen)

Als gesetzliche(r) Vertreter erkläre ich mich/wir uns damit einverstanden, dass unser(e) Tochter/Sohn

Vor- und Zuname: _____

als Mitglied im Schützenverein Eitze e.V. aufgenommen wird.

Gleichzeitig erkläre(n) ich mich/wir uns damit einverstanden, dass er/sie sich nach den Richtlinien der Sportordnung des Deutschen Schützenbundes aktiv am Sportschießen beteiligt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift beider Erziehungsberechtigten)

Jahresbeiträge (Stand 01.01.2015):

Schüler/Jugend (bis 17 Jahre) 20,00 €

Junioren (18-20 Jahre): 30,00 €

Schützen/Damen (21-64 Jahre) 75,00 €

Senioren (ab 65 Jahre) 50,00 €

Familien (einschl. Schüler/Jugend) 170,00 €

Zur Vereinfachung der Beitragserhebung benötigen wir ein SEPA-Lastschriftmandat von Ihnen.

Bitte auch die Rückseite ausfüllen!

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61SVE00000212271

Mandatsreferenz: (VEREIN-Mitgliedsnummer), wird gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige den Schützenverein Eitze e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schützenverein Eitze e.V. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

(Vorname und Nachname des Kontoinhabers)

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(IBAN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(BIC, 8 oder 11 Stellen)

(Ort und Datum)

(Unterschrift)